

自立支援医療（更生医療）健康保険に関する確認書

受診者	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名		男・女	年 月 日	
	フリガナ				
	住所	電話 ( )			
	個人番号 (マイナンバー)				
	保険種別	国民健康保険 ・ 国民健康保険組合 ・ 健康保険（社保） ・ 共済組合（公務員） ・ その他 ( )			
被保険者 (世帯主) (組合員)	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名		男・女	年 月 日	
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住所	電話 ( )			
	個人番号 (マイナンバー)				
被保険者以外 の同一保険 の加入者	フリガナ				
	氏名				
		個人番号 (マイナンバー)			
	フリガナ				
	氏名				
		個人番号 (マイナンバー)			
	フリガナ				
	氏名				
	個人番号 (マイナンバー)				
備考					

四日市市長

私および世帯を同一にする世帯員の所得、課税、生活保護受給及び健康保険等の状況を四日市市長が調査することに同意します。

申請者氏名

年 月 日

印

(自署又は  
記名押印)

記載要領

- 1 被保険者、被保険者以外 of 同一保険の加入者欄については、同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意欄に署名する場合、同意する者からの委任状をとること。

自立支援医療（更生医療）健康保険に関する確認書

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"><b>記入例</b></div>		ヨッカイチ タロウ	性別	生年月日
		氏名 <b>四日市 太郎</b>	<input checked="" type="radio"/> 男・女	<b>昭和30</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日
受診者	フリガナ <b>ヨッカイチスワチョウ</b>	市内在中の方はマイナンバー省略可		
	住所 <b>四日市市諏訪町1番5号</b>	電話 <b>059 ( 354 ) 8171</b>		
	個人番号 (マイナンバー)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
	保険種別	国民健康保険 ・ 国民健康保険組合 ・ <b>健康保険（社保）</b> ・ 共済組合（公務員） ・ その他		
被保険者 (世帯主) (組合員)	フリガナ <b>ヨッカイチ コニュウドウ</b>	保険の種別に必ず〇をしてください		
	氏名 <b>四日市 こにゅうどう</b>	男・女	<b>昭和55</b> 年 <b>5</b> 月 <b>5</b> 日	
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	個人番号 (マイナンバー)	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
被保険者 以外の 同一保険 の加入者	フリガナ <b>ヨッカイチ ハナコ</b>	同一保険の加入者が 市外在住の場合、 その方のマイナンバーを ご記入ください。		
	氏名 <b>四日市 花子</b>			
	個人番号 (マイナンバー)	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
	フリガナ			
	氏名			
	個人番号 (マイナンバー)			
	フリガナ			
	氏名			
備考				

四日市市長

私および世帯を同一にする世帯員の所得、課税、生活保護受給及び健康保険等の状況を四日市市長が調査することに同意します。

申請者氏名 **四日市 太郎**

**令和7**年 **3**月 **1**日

印 **四日市** 又は  
記名押印)

代理申請の場合は、  
必ず押印

記載要領

- 被保険者、被保険者以外
- 代理人が同意欄に署名す

**提出する日**

欄については、同意する者が自ら署名を行うこと。  
からの委任状をとること。