

神奈川県知事 様

令和 7 年 〇 月 〇 日  
(マイナンバーカード上の表示のとおり記入してください)

住所 横浜市中区日本大通一丁目2番地3号

氏名 神奈川 太郎

氏名

以下いずれかのマイナンバー確認書類を必ずご添付ください。

- ・本人のマイナンバーカード(表・裏)のコピー
- ・マイナンバーが記載された住民票
- ・住民票記載事項証明書
- ・通知カードのコピー(氏名・住所が住民票と一致している場合に限る)

申請者  
(受給者)

申請者  
(代理人)

- 1 下記の者が、私(申請者)及び私が属する住民票上の同一世帯員です。
- 2 私は保険給付の支給に関する情報を取得することに、  
☒ 同意します ☐ 同意しません→加入医療保険のわかる書類のコピーをご提出ください。
- 3 私及び次の同一世帯員は住民基本台帳に関する情報を取得することに、  
☒ 同意します ☐ 同意しません → 世帯全員の住民票をご提出ください。
- 4 私及び下記の同一世帯員は直近年度の市町村民税に関する情報を取得することに、  
☒ 同意します ☐ 同意しません → 課税(非課税)証明書をご提出ください。  
・ 同意する方それぞれが【同一世帯員記載欄・同意欄】に署名してください。  
・ 各情報について取得できないなど照会結果によっては、添付資料の提出をお願いすることがあります。

【同一世帯員記載欄・同意欄】

|   |   |    |                                     |                         |                                 |
|---|---|----|-------------------------------------|-------------------------|---------------------------------|
|   | フリガナ(自署)<br>氏 名(自署)<br>生年月日・性 別<br>保険種別<br>同意しない項目  | 続柄 | 未就労<br>の18歳<br>未満<br>の方は<br>✓       | マイナンバー(個人番号)            | 1月1日時点の住民票所在市区町村名(現住所と異なる場合に記載) |
|   |   |    |                                     |                         | 本年 前年                           |
| 申請者<br>(受給者)  | カナガワ タロウ<br>神奈川 太郎  |    | <input type="checkbox"/>            | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 9 8 | 〇〇市                             |
|   | ・生年月日 昭和50年 1月 1日生 ・性 別(✓) <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女   |    |                                     |                         |                                 |
|   | ・保険種別(該当に✓) <input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保組合ほか(具体的に) |    |                                     |                         |                                 |
|   | ・同意しない項目(該当に✓) <input type="checkbox"/> 市町村民税情報 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳情報 <input type="checkbox"/> 保険給付情報   |    |                                     |                         |                                 |
| 同<br>一<br>世<br>帯<br>員   | カナガワ ハナコ<br>神奈川 花子  | 妻  | <input type="checkbox"/>            | 2 3 4 5 6 7 8 9 0 9 8 7 | 〇〇市                             |
|   | ・生年月日 昭和51年 1月 1日生 ・性 別(✓) <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女   |    |                                     |                         |                                 |
|   | ・同意しない項目(該当に✓) <input type="checkbox"/> 市町村民税情報 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳情報   |    |                                     |                         |                                 |
|   | カナガワ イチロウ<br>神奈川 一郎   | 子  | <input type="checkbox"/>            | 3 4 5 6 7 8 9 0 9 8 7 6 | 〇〇市                             |
|   | ・生年月日 平成13年 1月 1日生 ・性 別(✓) <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女   |    |                                     |                         |                                 |
|   | ・同意しない項目(該当に✓) <input type="checkbox"/> 市町村民税情報 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳情報   |    |                                     |                         |                                 |
|   | カナガワ ジロウ<br>神奈川 二郎  | 子  | <input checked="" type="checkbox"/> |                         |                                 |
|   | ・生年月日 平成20年 1月 1日生 ・性 別(✓) <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女   |    |                                     |                         |                                 |
| ・同意しない項目(該当に✓) <input type="checkbox"/> 市町村民税情報 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳情報 |   |    |                                     |                         |                                 |

未就労の18歳未満の方の自署は不要(代筆可能)、また、マイナンバーの記載も不要です。

(同一世帯員の方が署名欄より多い場合は、複数枚使用してください。)