

# 自立支援医療（精神通院医療）申請の健康保険加入状況の 確認に係る同意書

自立支援医療（精神通院医療）申請における健康保険加入状況に関して、  
資格確認書等の添付に代わり、品川区が個人番号連携を利用し、健康保険関係  
情報を照会することに同意します。

年 月 日

品川区長 あて

申請者（本人）

住 所：

氏 名：

加入保険種類： 区市町村国保、組回国保、健保、船保、  
各種共済（国家・地方・私学）、後期高齢

※健保、各種共済の家族の方は、被保険者の氏名、フリガナ、生年月日をご記入ください。  
※区市町村国保、組回国保、後期高齢の方は、世帯の同一保険加入者全員分の氏名、フリ  
ガナ、生年月日をご記入ください。

フリガナ 氏 名	生年月日	フリガナ 氏 名	生年月日