

本人確認書類の例

TOPICでは、みなさまのたいせつな情報をお預かりする上で、本人確認に重きをおいております。

郵送でお申込みいただく際には、『申込書兼同意書』に記載の「氏名」「住所」「性別」「生年月日」が確認できる書類のコピーの提出を、あわせてお願いしております。

お手数をおかけしますが、ご理解・ご協力をよろしくお願いいたします。

✿ 以下の公的書類の**いずれかのコピー**を、『申込書兼同意書』とともに返信用封筒に入れて投函してください。

運転免許証

※ 必須

氏名	空 豆子	昭和〇〇年〇月〇日
住所	〇〇県〇〇市〇〇1丁目23番地	
交付	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 12345	
有効期限	平成〇〇年〇〇月〇〇日まで有効	
免許の種類等	運転免許証	
番号	第 123456789000 号	
性別	男	女
種別	普通	限定
交付年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
世帯主氏名	空 豆太	
被保険者住所	△△市△△町△△丁目△△△△	
保険者番号	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
保険者名	〇〇 公安委員会	

オモテ面

住所変更等の記載がある方は
ウラ面のコピーも

備考	平成〇〇年〇〇月〇〇日
新住所	■市〇〇区〇〇 △-△-△ 〇〇公費
<small>以下の部分を使用して臓器提供に関する意思表示をすることができます(記入は自由です)。記入する場合は、1から3までの番号を〇で囲んでください。</small>	
3. 又は、臓器提供を希望しないことを希望する場合は、1から3までの番号を〇で囲んでください。	
[Redacted area]	

ウラ面

- ・オモテ面のコピーを1部、かならず郵送してください。
- ・ウラ面に、住所や名前の変更等に関する記載がある方は、オモテ面に加えて、ウラ面のコピーもお願いします。
- ・コピー後、臓器提供に係る部分は見えないように隠していただいて結構です。

各種健康保険証

※ 「オモテ面」と「ウラ面」の両方の面が必須

国民健康保険被保険者証	有効期限	平成●●年 ●●月 ●●日まで
	記号	□□□ 番号 123-4567
氏名	空 豆子	
生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日	性別 女
資格取得年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日	
交付年月日	平成□□年 □月 □日	
世帯主氏名	空 豆太	
被保険者住所	△△市△△町△△丁目△△△△	
保険者番号	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
保険者名	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	

オモテ面

住所	[Redacted]
備考	[Redacted]
<small>※ 以下の欄は臓器提供に関する意思表示する欄として使用できます。記入する場合は、該当する1～3の番号を〇で囲んだ上で提供したい臓器を〇で囲んで下さい。</small>	
[Redacted]	
[Redacted]	
[Redacted]	

ウラ面

- ・ウラ面に住所を記載して、オモテ面+ウラ面の両方のコピーをお願いします。
- ・コピー後、臓器提供に係る部分は見えないように隠していただいて結構です。

本人確認書類の例

パスポート

※「顔写真のページ」と「所持人欄のページ」が必須

旅券
PASSPORT

✳️ 日本国 ✳️ JAPAN

型/TYPE
★
JPN

発行国 / Issuing Country
JPN

旅券番号 / Passport No.
0000000000000000

姓 / Surname
空

名 / Given name
豆子

国籍 / Nationality
JAPAN

性別 / Sex
M

発行年月日 / Date of issue
0000 00 0000

生年月日 / Date of birth
00 00 0000

本籍 / Registered Domicile
TOKYO

所持人自署 / Signature of bearer

交付官庁 受理番号

所持人記入欄
INFORMATION ON BEARER

氏名 NAME 空 豆子

現住所 ADDRESS ○○県○○市○○町1丁目
23番地

電話番号 PHONE No. 00-0000-0000

外国に居住する場合の住所 OVERSEAS ADDRESS

電話 PHONE No.

事故の場合の連絡先 IN CASE OF ACCIDENT NOTIFY

〒
市
区
町
丁目
番地
電話番号

- ・「顔写真のページ」および「所持人欄（現住所記載）のページ」の両方を郵送してください。
- ・コピー後、「所持人欄（現住所記載）のページ」の事故の場合の連絡先欄は、見えないように隠していただいで結構です。

✳️ ご理解とご協力をよろしくお願いいたします ✳️

マイナンバーカードをお持ちの方は



南国市保健福祉センター窓口で
すぐに登録ができます。
(保健福祉センター1階)

カードを持ってお越しください。

※カードでのご登録時は、署名用パスワードが必要です。