

世 帯 調 書

- ◆ 住民票上の世帯全員について（住民票が別でも、同じ公的医療保険に加入している方が他にいる場合にはその方も）記入し、保険証の写し及び市町村民税の課税状況が確認できる書類を添付してください。
- ◆ 世帯内に他に特定医療費（指定難病）等又は小児慢性特定疾病医療の受給者がいる場合は、**受給者証の写し**を添付してください。
- ◆ 個人番号については、保険証の提出を要する方のみ記載してください。

	ふりがな	住所（受診者と異なる場合に記載）			医療保険の種別 （該当するものに○）	（被用者保険の方） 被保険者本人・被扶養の別	小児慢性や特定医療費（指定難病）等の受給の有無	1月1日時点で居住していた市町村名
	氏名	患者との続柄	生年月日	年齢				
	個人番号（12桁）							
①	受診者本人	申請書どおり			被用者 市町村国保 国保組合 生活保護	本人 被扶養	有 無	□受診者と同じ □異なる 〔市町村名〕
②	ふりがな・ 氏名 個人番号 	住所 続柄	年 月 日	歳	被用者 市町村国保 国保組合 後期高齢 生活保護	本人 被扶養	有 無	□受診者と同じ □異なる 〔市町村名〕
③	ふりがな・ 氏名 個人番号 	住所 続柄	年 月 日	歳	被用者 市町村国保 国保組合 後期高齢 生活保護	本人 被扶養	有 無	□受診者と同じ □異なる 〔市町村名〕
④	ふりがな・ 氏名 個人番号 	住所 続柄	年 月 日	歳	被用者 市町村国保 国保組合 後期高齢 生活保護	本人 被扶養	有 無	□受診者と同じ □異なる 〔市町村名〕
⑤	ふりがな・ 氏名 個人番号 	住所 続柄	年 月 日	歳	被用者 市町村国保 国保組合 後期高齢 生活保護	本人 被扶養	有 無	□受診者と同じ □異なる 〔市町村名〕
⑥	ふりがな・ 氏名 個人番号 	住所 続柄	年 月 日	歳	被用者 市町村国保 国保組合 後期高齢 生活保護	本人 被扶養	有 無	□受診者と同じ □異なる 〔市町村名〕
⑦	ふりがな・ 氏名 個人番号 	住所 続柄	年 月 日	歳	被用者 市町村国保 国保組合 後期高齢 生活保護	本人 被扶養	有 無	□受診者と同じ □異なる 〔市町村名〕
⑧	ふりがな・ 氏名 個人番号 	住所 続柄	年 月 日	歳	被用者 市町村国保 国保組合 後期高齢 生活保護	本人 被扶養	有 無	□受診者と同じ □異なる 〔市町村名〕

