

世帯調書

* 「住民票上の世帯全員」と「受診者と同じ医療保険に加入している方」について、記入または該当するものに☑を付けてください。

同一医療保険の加入者 ※3	(ふりがな) 氏名	受診者との 続柄	生年月日	医療保険の 種別	【社会保険の方】保険加入者 本人・被扶養者の別	小児慢性特定疾病又は指定難病医療費支給		各年金の受給の有無 ※1	各手当の受給の有無 ※2
					個人番号(マイナンバー)	種別	有・無		
	(受診者)	本人	年 月 日	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 社会保険	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	— <input type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> 有 [受給者番号] <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 有 ➡年額 円	<input type="checkbox"/> 有 ➡年額 円
	(申請者) ※受診者本人の場合は「本人」と記載		年 月 日	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 社会保険	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 小慢 <input type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> 有 [受給者番号] <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 有 ➡年額 円	<input type="checkbox"/> 有 ➡年額 円
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 社会保険	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 小慢 <input type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> 有 [受給者番号] <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 有 ➡年額 円	<input type="checkbox"/> 有 ➡年額 円
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 社会保険	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 小慢 <input type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> 有 [受給者番号] <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 有 ➡年額 円	<input type="checkbox"/> 有 ➡年額 円
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 社会保険	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 小慢 <input type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> 有 [受給者番号] <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 有 ➡年額 円	<input type="checkbox"/> 有 ➡年額 円
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 社会保険	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 小慢 <input type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> 有 [受給者番号] <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 有 ➡年額 円	<input type="checkbox"/> 有 ➡年額 円
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 社会保険	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 小慢 <input type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> 有 [受給者番号] <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 有 ➡年額 円	<input type="checkbox"/> 有 ➡年額 円
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 社会保険	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 小慢 <input type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> 有 [受給者番号] <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 有 ➡年額 円	<input type="checkbox"/> 有 ➡年額 円
	(住所)								
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 社会保険	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 小慢 <input type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> 有 [受給者番号] <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 有 ➡年額 円	<input type="checkbox"/> 有 ➡年額 円
	(住所)								

受診者の属する世帯構成

世帯外扶養義務者

生活保護 重症患者認定(申請中も含む) 人工呼吸器等装着(申請中も含む)

※3

私(申請者)は、上記同一医療保険加入者について、事実と相違ないことを申し立てます。

※1 障害基礎年金, 障害厚生年金, 障害共済年金, 遺族基礎年金, 遺族厚生年金, 遺族共済年金等の公的年金
 ※2 特別障害者手当, 障害児福祉手当, 経過的福祉手当, 特別児童扶養手当

点線より右側は記入しないでください

	非課税	課税
収入額		所得割額
年金・手当		
収入額:		
年金等:		
収入額:		
年金等:		
収入額:		
年金等:		
収入額:		
年金等:		
収入額:		
年金等:		
収入額:		
年金等:		
収入額:		
年金等:		

合計	収入額	円
	所得割額	円