

対象者の個人番号等に記載誤りがないか十分確認してください

世帯調書

「患者本人」、「住民票上の同一世帯の方」及び「同じ公的医療保険に加入されている方」全員分について記入してください。
(ただし、個人番号は患者本人及び、同一医療保険加入者のみ記載してください)

令和××年××月××日

記載例(新規)

続柄	(フリガナ)氏名	性別	年齢	生年月日	変更 ※変更時のみ	個人番号													国民健康保険 後期高齢 被用者保険 国民健康保険組合	被扶養者の別	1月1日の 住民票市区町村 ※4	難病・小慢の 受給(該当の 場合☑)	受給者番号
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13					
患者本人	ミト ハナコ	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	14歳	平成17年10月11日	追加・削除	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	国民健康保険 後期高齢 被用者保険 国民健康保険組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	水戸市	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	
	水戸 花子																						
父	ミト イチロウ	<input checked="" type="radio"/> 男・女	48歳	昭和46年3月30日	追加・削除	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	国民健康保険 後期高齢 被用者保険 国民健康保険組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	水戸市	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性		
	水戸 一郎																						
母	ミト ウメコ	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	42歳	昭和	追加・削除	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	国民健康保険 後期高齢 被用者保険 国民健康保険組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	水戸市	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性			
	水戸 梅子																						
兄	ミト タロウ	<input checked="" type="radio"/> 男・女	21歳	平成10年9月9日	追加・削除													国民健康保険 後期高齢 被用者保険 国民健康保険組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	水戸市	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性		
	水戸 太郎																						
弟	ミト シロウ	<input checked="" type="radio"/> 男・女	11歳	平成20年6月12日	追加・削除	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	国民健康保険 後期高齢 被用者保険 国民健康保険組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	水戸市	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input checked="" type="checkbox"/> 小児慢性	●●●●●●●●		
	茨城 次郎																						
		男・女	歳	年 月 日	追加・削除													国民健康保険 後期高齢 被用者保険 国民健康保険組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性		
		男・女	歳	年 月 日	追加・削除													国民健康保険 後期高齢 被用者保険 国民健康保険組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性		
		男・女	歳	年 月 日	追加・削除													国民健康保険 後期高齢 被用者保険 国民健康保険組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性		

個人番号カード、通知カード等に
記載されている個人番号を正確に
記入してください。

加入医療保険が異なる世帯員の場合は、
個人番号の記載は不要です。

指定難病特定医療費受給者証又は小児
慢性特定疾病医療受給者証に記載されて
いる受給者番号を記入してください。
また、受給者証の写しを申請書に添付して
ください。

(記載要領)

※1 以下に該当する場合に本様式を記入してください。

- ①新規申請をする場合
- ②受給者及び支給認定基準世帯員の個人番号が変更になった場合
- ③保険証の変更に伴う自己負担上限額等の変更をする場合で、新たに支給認定基準世帯員の所得の書類が必要となった場合

※2 変更欄については新たに支給認定基準世帯員が増えた場合は「追加」を、支給認定基準世帯員が減った場合は「削除」を記入してください。

※3 個人番号は一度記載していただいた方については、個人番号が変更にならない限り記載は不要です。

※4 1月～6月までに申請をする場合には昨年1月1日の住民票市区町村を、7～12月に申請する場合には本年1月1日の住民票市区町村を記入してください。

※5 指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者がいる場合、難病・小慢の受給の該当制度に☑付け及び受給者番号欄に受給者番号を記入の上、受給者証の写しを添付してください。