

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

記載例(新規)

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を記入してください。)

令和××年××月××日

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												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					
患者本人	イバラキ ヒバリ	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	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	
	茨城 ひばり																					
父	イバラキ タロウ	<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	
	茨城 太郎																					
母	イバラキ ウメ	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	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	
	茨城 うめ																					
兄	イバラキ イチロウ	<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	
	茨城 次郎																					
弟	イバラキ ジロウ	<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	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。