

世帯状況調書

令和 年 月 日

(フリガナ) 氏 名	続柄	性別	生年月日	変更 ※変更時のみ記入	個人番号								確認欄						
													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・ 被扶養者の別	税証明 ※有りの 場合○	難病・小慢 受給有りの 場合	受給者番号		
	患者 本人	男・女	年 月 日	追加・削除											国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者		<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	
		男・女	年 月 日	追加・削除											国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者		<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	
		男・女	年 月 日	追加・削除											国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者		<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	
		男・女	年 月 日	追加・削除											国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者		<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	
		男・女	年 月 日	追加・削除											国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者		<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	
		男・女	年 月 日	追加・削除											国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者		<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	
		男・女	年 月 日	追加・削除											国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者		<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	
		男・女	年 月 日	追加・削除											国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者		<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	
		男・女	年 月 日	追加・削除											国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者		<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	
		男・女	年 月 日	追加・削除											国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者		<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	
		男・女	年 月 日	追加・削除											国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者		<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	
		男・女	年 月 日	追加・削除											国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者		<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	

※本様式は、すべてペン又はボールペンで記入してください(消せるボールペンは使用不可)。
 ※受給者と同じ公的医療保険に加入している方(以下、支給認定基準世帯員)全員について記入してください。ただし、被用者保険の場合は受給者と被保険者のみ記入してください。
 ※以下に該当する場合は本様式を記入してください。
 ①新規又は更新申請をする場合(新規又は更新申請時に提出された方で、その後の更新又は変更申請時に記載内容の変更がない場合は添付を省略できます。)
 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階層区分等の変更申請をする場合で、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
 ※変更欄は、新たに支給認定基準世帯員が増えた場合は「追加」に、支給認定基準世帯員が減った場合は「削除」にそれぞれ○印を記入してください。(変更がない方の記入は省略できます。)
 ※個人番号欄は、一度記載した方については、個人番号が変更にならない限り記載不要です。