

世 帯 状 況 調 書

○受給者と同じ健康保険に加入されている方（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。

令和 年 月 日

(フリガナ) 氏 名	続柄	生 年 月 日	変 更 (変更時のみ記入)	マイナンバーカード、通知カード等に記載されている個人番号（マイナンバー）を正確に記入してください。												健康保険の種別 (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	難病・小慢 受給有りの場合	受給者番号	1月1日時点の住民票 の市区町村 (患者と異なる場合のみ記入)		
群馬 太郎 群馬 太郎	患者本人	SOO年〇月〇日	追加・削除	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	国保・後期高齢・被用者	本人・被扶養者	☒ 難病 ☐ 小慢	1111111	
群馬 花子 群馬 花子	妻	SOO年〇月〇日	追加・削除	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	国保・後期高齢・被用者	本人・被扶養者	☐ 難病 ☐ 小慢		高崎市
群馬 一郎 群馬 一郎	長男	HOO年〇月〇日	追加・削除	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	国保・後期高齢・被用者	本人・被扶養者	☐ 難病 ☐ 小慢	1月1日時点の住民票の市区町村が、患者と異なる場合のみ記入してください。	
		年 月 日	追加	患者本人と同じ医療保険に新たに加入した方がいる場合、追加を選択してください。												国保・後期高齢・被用者	本人・被扶養者	☐ 難病 ☐ 小慢				
		年 月 日	追加・削除															国保・後期高齢・被用者	本人・被扶養者	☐ 難病 ☐ 小慢		
		年 月 日	追加・削除															国保・後期高齢・被用者	本人・被扶養者	☐ 難病 ☐ 小慢		
		年 月 日	追加・削除															国保・後期高齢・被用者	本人・被扶養者	☐ 難病 ☐ 小慢		
		年 月 日	追加・削除															国保・後期高齢・被用者	本人・被扶養者	☐ 難病 ☐ 小慢		

※以下に該当する場合に本様式を記入してください。

- ①新規又は更新申請をする場合
- 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健康保険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。（変更がない方の記入は省略できます。）

※1月1日時点の住民票の市区町村欄について、1月から6月に申請する場合は前年1月1日時点の住民票の市区町村を、7月から12月に申請する場合は本年1月1日時点の住民票の市区町村を記入してください。