別紙様式第10号

世 帯 状 況 調 書

〇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）	個人番号 （マイナンバー）	健康保険の種別 （該当するものに〇）	（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）
	患者 本人	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		
		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。