

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)	個 人 番 号 (マイナンバー)				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)	
	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。