

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。												健康保険の種類 (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 受給者有りの 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)	
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2						3
グンマ 太郎 群馬 太郎	患者 本人	RO年O月O日	追加・削除	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	<input type="checkbox"/> 難病 <input checked="" type="checkbox"/> 小慢	OOOOOOO	
グンマ シロウ 群馬 次郎	父	SOO年O月O日	追加・削除	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	<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢		OO市
グンマ イチロウ 群馬 一郎	母	HOO年O月O日	追加・削除	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	<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢		1月1日時点の住民票の市区町村が、
		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		
		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		
		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		
		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		
		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		

患者本人と同じ医療保険に新たに加わった方がいる場合は、追加を選択してください。

※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。