

記載例(新規申請)

世帯状況調書

令和●年●月●日

(フリガナ)		続柄	性別	生年月日	変更 ※変更時のみ記入	個人番号							医療保険の種別 (該当するものに○)	確認欄		受給者番号				
氏名														(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			
グンマ タロウ 群馬 太郎		患者本人	男・女	S60年4月1日	追加・削除	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 type="checkbox"/> 小慢	
グンマ ジロウ 群馬 次郎		父	男・女	S42年4月1日	追加・削除	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	
グンマ サブロウ 群馬 三郎		長男	男・女	R2年1月1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 checked="" type="checkbox"/> 小慢	3333333
			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	

個人場号カード、通知カード等に記載されている個人番号(マイナンバー)を記入してください。

患者本人と同じ医療保険に加入しているも、15歳未満の方は個人番号の記載を省略してください。

受給者と同じ医療保険に加入している方が特定医療費(指定難病)又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている場合は、該当する区分にチェックの上、その受給者証に記載されている7桁の受給者番号を記入してください。

※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。

記載例(変更申請・更新申請)

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 追加・削除	個人番号	医療保険の種類別 (該当するものに○) 国保・後期高齢 ・被用者	確認欄			
							(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
グンマ タロウ 群馬 太郎	患者本人	男				国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者	○	<input checked="" type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	1111111
グンマ ジロウ 群馬 次郎	父	男・女	S42年4月1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	
グンマ ハナコ 群馬 花子	妹	男・女	H2年1月1日	追加・削除	4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	国保・後期高齢 ・被用者	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	

患者本人と異なる医療保険に加入(変更)した場合は「削除」を選択してください。

新規申請時に一度個人番号(マイナンバー)を記入していた群馬太郎及び群馬次郎については、改めて個人番号を記載する必要はありません。

変更申請や更新申請の場合は、患者本人の受給者番号も記入してください。

患者本人と同じ医療保険に新たに加入した場合は「追加」を選択し、個人番号(マイナンバー)を記入してください。

※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。