

世帯調書

※受診者と同じ医療保険に加入している方をご記入ください。

世帯員氏名		受診者 との続柄	生年月日	1月1日現在の住所所在地（※1）
1	(氏名) (個人番号)		平成 昭和 令和 年 月 日	・現住所と同じ ・現住所以外 [都・道 区・市 府・県 町・村]
2	(氏名) (個人番号)		平成 昭和 令和 年 月 日	・現住所と同じ ・現住所以外 [都・道 区・市 府・県 町・村]
3	(氏名) (個人番号)		平成 昭和 令和 年 月 日	・現住所と同じ ・現住所以外 [都・道 区・市 府・県 町・村]
4	(氏名) (個人番号)		平成 昭和 令和 年 月 日	・現住所と同じ ・現住所以外 [都・道 区・市 府・県 町・村]
5	(氏名) (個人番号)		平成 昭和 令和 年 月 日	・現住所と同じ ・現住所以外 [都・道 区・市 府・県 町・村]

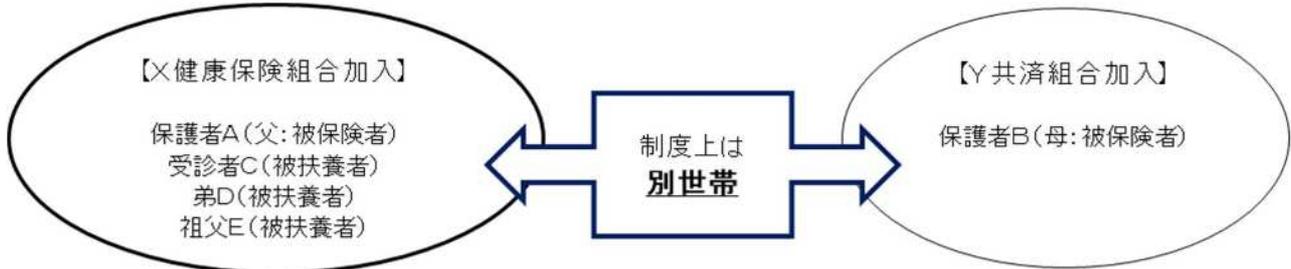
※申請者が受診者とは別の医療保険に加入している場合は、下の欄にご記入ください。

申請者	(氏名) (個人番号)		平成 昭和 令和 年 月 日	・現住所と同じ ・現住所以外 [都・道 区・市 府・県 町・村]
-----	--------------------	--	-------------------	---

(※1)・・・1月から6月までに申請する場合は前年の1月1日時点、7月から12月までに申請する場合は申請年の1月1日時点の住所があった区市町村を記載してください。ただし、生活保護等を受給している方は当該生活保護等を実施している区市町村等を記載してください。

(※2)・・・番号法に規定される個人番号（12桁）を記載してください。

●小児慢性特定疾病医療費支給制度における世帯の考え方



小児慢性特定医療費助成制度では、生計を一にする同一の医療保険加入者を「世帯」とみなします。上の図の場合、**A・C・D・Eさんが同一世帯**となり、Bさんは「別世帯」となります。
Cさんの医療費助成の申請には、Aさんの区市町村民税課税(非課税)証明書の提出(※1)が必要となります。

第1号様式 (第5条関係)

世帯調書

記入例

※受診者と同じ医療保険に加入している方をご記入ください。

世帯員氏名		受診者との続柄	生年月日	1月1日現在の住所所在地 (※1)
1	(氏名) 「受診者C」の氏名 (個人番号)	本人	平成 昭和 令和 〇〇年〇月〇〇日	・現住所と同じ ・現住所以外 [都・道 府・県 区・市 町・村]
2	(氏名) 「保護者A」の氏名 (個人番号)	父	平成 昭和 令和 〇〇年〇月〇〇日	・現住所と同じ ・現住所以外 [都・道 府・県 区・市 町・村]
3	(氏名) 「弟D」の氏名 (個人番号)	弟	平成 昭和 令和 〇〇年〇月〇〇日	・現住所と同じ ・現住所以外 [都・道 府・県 区・市 町・村]
4	(氏名) 「祖父E」の氏名 (個人番号)	祖父	平成 昭和 令和 〇〇年〇月〇〇日	・現住所と同じ ・現住所以外 [東京 都 道 府 千代田 区 市 町・村]
5	(氏名) (個人番号)		平成 昭和 令和 年 月 日	・現住所と同じ ・現住所以外 [都・道 府・県 区・市 町・村]

※申請者が受診者とは別の医療保険に加入している場合は、下の欄にご記入ください。

申請者	(氏名)		平成 昭和 令和	・現住所と同じ ・現住所以外 [区・市]
-----	------	--	----------	------------------------------

個人番号の記載の注意点について

個人番号を記載する対象者は、患者の属する医療保険に応じて下記のとおりとなります。

- 被用者保険の場合
申請者及び患者の個人番号を記載してください。ただし、申請者が被保険者でない場合、被保険者の個人番号も併せて記載してください。
- 国民健康保険(区市町村・国民健康保険組合)の場合
申請者及び患者を含む、世帯員すべての方の個人番号を記載してください。