

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。
 また、申請者欄は、申請者が受診者本人と異なる場合は記入してください。

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)
受診者	(患者氏名)	本人	年 月 日	・現住所と同じ。 ・現住所以外 [都・道 区・市 府・県 町・村]
	(個人番号)			
申請者	(氏名)		年 月 日	・現住所と同じ。 ・現住所以外 [都・道 区・市 府・県 町・村]
	(個人番号)			
1	(氏名)		年 月 日	・現住所と同じ。 ・現住所以外 [都・道 区・市 府・県 町・村]
	(個人番号)			
2	(氏名)		年 月 日	・現住所と同じ。 ・現住所以外 [都・道 区・市 府・県 町・村]
	(個人番号)			
3	(氏名)		年 月 日	・現住所と同じ。 ・現住所以外 [都・道 区・市 府・県 町・村]
	(個人番号)			
4	(氏名)		年 月 日	・現住所と同じ。 ・現住所以外 [都・道 区・市 府・県 町・村]
	(個人番号)			
5	(氏名)		年 月 日	・現住所と同じ。 ・現住所以外 [都・道 区・市 府・県 町・村]
	(個人番号)			
6	(氏名)		年 月 日	・現住所と同じ。 ・現住所以外 [都・道 区・市 府・県 町・村]
	(個人番号)			

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、下の欄に記入してください。

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

- 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する年の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・・・行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に規定される個人番号(12桁)を記載してください。

世帯調書(記載例)

個人番号については、下記「個人番号の記載の注意点について」をご確認いただき、対象者の個人番号を記載してください。
 受診者と同じ医療保険に加入している場合は、申請者が受診者の医療保険に加入している場合は、下の欄に記入してください。

世帯員氏名		世帯員との続柄	生年月日	1月1日現在の住所所在地 (1)
受診者 (氏名) 「受診者C」の氏名 (個人番号) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		本人	令和 平成 〇〇年 〇月〇〇日	<input type="radio"/> 現住所と同じ <input type="radio"/> 現住所以外 [都・道 区・市 府・県 町・村]
申請者 (氏名) 「保護者A」の氏名 (個人番号) 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4		父	令和 平成 昭和 〇〇年 〇月〇〇日	<input type="radio"/> 現住所と同じ <input type="radio"/> 現住所以外 [都・道 区・市 府・県 町・村]
1 (氏名) 「弟D」の氏名 (個人番号)		弟	令和 平成 昭和 〇〇年 〇月〇〇日	<input type="radio"/> 現住所と同じ <input type="radio"/> 現住所以外 [都・道 区・市 府・県 町・村]
2 (氏名) 「祖父E」の氏名 (個人番号)		祖父	令和 平成 昭和 〇〇年 〇月〇〇日	<input type="radio"/> 現住所と同じ <input type="radio"/> 現住所以外 [東京 都・道 千代田 区・市 府・県 町・村]
3 (氏名)			令和 平成 昭和 年 月 日	<input type="radio"/> 現住所と同じ <input type="radio"/> 現住所以外 [都・道 区・市 府・県 町・村]
4 (氏名)			令和 平成 昭和 年 月 日	<input type="radio"/> 現住所と同じ <input type="radio"/> 現住所以外 [都・道 区・市 府・県 町・村]

住民税の課税が現住所と違う場合は、「都道府県・区市町村名」を記載してください。

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、下の欄に記入してください。

申請者 (氏名)	申請者が受診者の医療保険と違う場合は、こちらの欄に記載してください。 例: 受診者は父の医療保険の扶養だが、父は単身赴任で住所が異なるため、別の	区・市 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する年の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・・・行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に規定される個人番号(12桁)を記載してください。

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、受診者の属する医療保険に応じて下記のとおりとなります。

- 1 被用者保険の場合
申請者及び受診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。
- 2 国民健康保険(区市町村・国民健康保険組合)の場合
申請者及び受診者を含む、世帯員すべての方の個人番号を記載してください。

医療費助成制度における世帯の考え方(記入例の事例)

【X健康保険組合加入】

保護者A(父:被保険者)
 受診者C(被扶養者)
 弟D(被扶養者)
 祖父E(被扶養者)

制度上は
別世帯

【Y共済組合加入】

保護者B(母:被保険者)

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。

(参考例) 国民健康保険とその他の健康保険の組み合わせによる世帯と所得の確認方法

下表に示すA・Bは保護者、Cはその子(受診者)を表す。
 また、以下において 〇で囲んだ者はCの属する世帯の構成員である。
 この具体例でいう「健康保険」とは、国民健康保険(国民健康保険組合を含む)以外の
 のすべて
 の医療保険をいう。
 また、「被扶養者」とは、健康保険上のそれをいう。

パターン1

	医療保険の加入状況	所得確認
	健康保険の被保険者	【世帯構成員はA・B・C】 Aの所得を確認
	健康保険においてAの被扶養者	
	健康保険においてAの被扶養者	

パターン2

	健康保険の加入状況	所得確認
	健康保険の被保険者	【世帯構成員はA・C】 Aの所得を確認
B	Aとは別の健康保険の被保険者	
	健康保険においてAの被扶養者	

パターン3

	医療保険の加入状況	所得確認
	国民健康保険の被保険者かつ世帯主	【世帯構成員はA・B・C】 A+B(+C)の所得を確認
	国民健康保険の被保険者	
	国民健康保険の被保険者	

パターン4

	医療保険の加入状況	所得確認
	国民健康保険の被保険者かつ世帯主	【世帯構成員はA・C】 A(+C)の所得を確認
B	健康保険の被保険者	
	国民健康保険の被保険者	