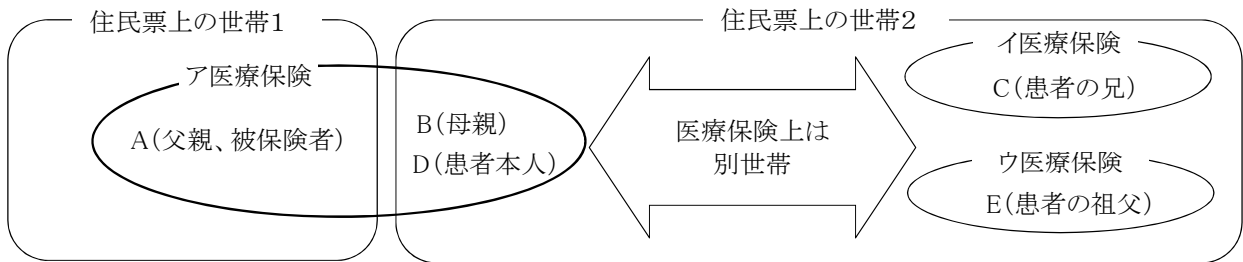


世帯調書

医療費支給制度における保険上の世帯の考え方



小児慢性特定疾病医療費支給制度では、生計を同じくし、同じ医療保険に加入している方を同じ『世帯』とみなします。上の図では、**A、B、Dさんが同一の世帯**となりC、Eさんは別世帯となります。

Dさんの申請を行う場合、Dさん、Aさん、Bさんの順で記入することになります。

※医療保険が国民健康保険組合の方の場合、市町村民税課税証明書の提出が必要となります。

	世帯員氏名	続柄	生年月日	年齢	市町村民税課税の有無	受給者番号
患者の医療保険と同一の医療保険の加入者	対象児童氏名	患者本人	平成 年 月 日		有・無	難病
	個人番号					
	患者の医療保険の被保険者氏名	患者の	昭和 年 月 日		有・無	難病 小慢
	個人番号		平成			
		患者の	昭和 年 月 日		有・無	難病 小慢
	個人番号		平成			
		患者の	昭和 年 月 日		有・無	難病 小慢
	個人番号		平成			
		患者の	昭和 年 月 日		有・無	難病 小慢
	個人番号		平成			
	患者の	昭和 年 月 日		有・無	難病 小慢	
個人番号		平成				

【申請者が患者とは別の医療保険に加入している場合は下に記入してください】

申請者		患者の	昭和 年 月 日		有・無	難病 小慢
	個人番号		平成			
	住所	〒				

八王子使用欄

番号の提供	個人番号の記載はあるが、身元確認及び番号確認ができない場合には、提供無しとする。(番号は黒塗りにする。)	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し (<input type="checkbox"/> 確認書類無し)
身元確認	提出者が申請書の申請者ではない場合、申請者からの委任状が必要です。	<input type="checkbox"/> 申請者	<input type="checkbox"/> 代理人 (<input type="checkbox"/> 委任状)
	写真付きで氏名・生年月日又は住所の記載のある証明書で提出者を確認。(写真の無い場合には証明書2種で確認。)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 受給者証(2種)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証(2種) <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 運転経歴証明書)
番号確認	証明書で申請者の個人番号を確認。	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 住民票の写し)