

世帯調書

支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者)

(フリガナ) 氏名	続柄	生年月日	(被用者保険の方) 被保険者本人・ 被扶養の別 (該当するものに○)	税証明 (提出する方に○)
個人番号				
	本人	年 月 日	本人・被扶養	
		年 月 日	本人・被扶養	
		年 月 日	本人・被扶養	
		年 月 日	本人・被扶養	
		年 月 日	本人・被扶養	
		年 月 日	本人・被扶養	
		年 月 日	本人・被扶養	
		年 月 日	本人・被扶養	

「保険の世帯」が市町村民税非課税の場合は、記入をお願いします。

「保険の世帯」が市町村民税非課税の場合、申請者の収入によって月額自己負担上限額が異なります。課税対象となる収入(給与や年金等)は、課税所得証明書で確認しますが、下記の給付等については、別途確認が必要となりますので、下表に記入の上、受給状況が分かる公的機関の発行する書類の提出をお願いします。

給付金等

申請者が、下記の給付金等の給付を受けていますか？ 受けている ・ 受けていない

※受けている場合は、該当する給付金等を○で囲んでください。

- ・障害基礎年金(1・2)級
- ・障害厚生年金(1・2・3)級
- ・障害共済年金(1・2・3)級
- ・障害一時金
- ・遺族厚生年金
- ・遺族共済年金
- ・特別児童扶養手当
- ・障害児福祉手当
- ・特別障害給付金
- ・障害児福祉手当
- ・労災、公務災害による障害補償給付等
- ・寡婦年金
- ・特別障害者手当
- ・遺族基礎年金
- ・福祉手当