

世帯調書兼個人番号調書

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		1月1日時点 の住所地		続柄	本人
個人番号		生年月日	T S H R	年	月 日
(フリガナ) 氏名		1月1日時点 の住所地		続柄	
個人番号		生年月日	T S H R	年	月 日
(フリガナ) 氏名		1月1日時点 の住所地		続柄	
個人番号		生年月日	T S H R	年	月 日
(フリガナ) 氏名		1月1日時点 の住所地		続柄	
個人番号		生年月日	T S H R	年	月 日
(フリガナ) 氏名		1月1日時点 の住所地		続柄	
個人番号		生年月日	T S H R	年	月 日

※DVや虐待等の被害者(DVや虐待等の被害を受けるおそれがある者を含む。)であって、加害者の下から避難先市町村に避難している方は、所在地につながる情報を秘匿することが可能です。希望される方は、避難にいたった状況をご説明の上、お申し出ください。

※変更又は更新の場合、すでに登録をしている方は番号確認及び身元確認書類は不要です。

「保険の世帯」が市町村民税非課税の場合のみ記載してください。	
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
<p>※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。 別途確認が必要となりますので、受給額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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害基礎年金(1・2)級 ・障害共済年金(1・2・3)級 ・遺族厚生年金 ・特別児童扶養手当 ・特別障害給付金 ・障害厚生年金(1・2・3)級 ・障害一時金 ・遺族共済年金 ・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 	

※申請受付機関記載欄	
番号確認	番号カード ・ 通知カード ・ 住民票(個人番号付)
身元確認	1点:番号カード ・ 運転免許証 ・ 身体障害者手帳 2点:資格確認書・年金手帳・医療受給者証・児童扶養手当証書 その他()
確認者	