

世 帯 調 書

- 本書は受診者と同じ医療保険上の世帯員（医療費支給認定基準世帯員）を把握するためのものです。
- 受診者と同じ医療保険に加入する者を全員について記入してください。（住民票上は異なる世帯員も含む。）
- 受診者が生活保護世帯に属する場合は、その世帯員全員を記入してください。
- **世帯内に小児慢性特定疾病医療費又は特定医療費（指定難病）の受給者がいる場合は、受給者証の写しを添付してください。**

	氏 名 (個人番号)	受診者との 続柄	年 齢	職 業	小児慢性特定疾病 受給者証の有無	指定難病受給者 証の有無
受診者の 属する 世帯 構成		受診者本人			※2 疾病以上の申請 及び受給の有無 有 ・ 無	有 ・ 無
	()	申請者本人			有 ・ 無	有 ・ 無
	()				有 ・ 無	有 ・ 無
	()				有 ・ 無	有 ・ 無
	()				有 ・ 無	有 ・ 無
	()				有 ・ 無	有 ・ 無
	()				有 ・ 無	有 ・ 無
	()				有 ・ 無	有 ・ 無

※ 受診者本人が異なる疾病で指定難病の受給者証をお持ちの場合、又は、受診者と同じ医療保険上の世帯の方で、小児慢性特定疾病医療受給者証や指定難病の受給者証をお持ちの方がいる場合に自己負担上限額が按分されます

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

記載例

- 本書は受診者と同じ医療保険上の世帯員（医療費支給認定基準世帯員）を把握するためのものです。
- 受診者と同じ医療保険に加入する者を全員について記入してください。（住民票上は異なる世帯員も含む。）
- 受診者が生活保護世帯に属する場合は、その世帯員全員を記入してください。
- 世帯内に小児慢性特定疾病医療費又は特定医療費（指定難病）の受給者がいる場合は、受給者証の写しを添付してください。

申請書の保護者欄と同一の場合は、個人番号の記載は不要です。

受診者の属する世帯構成	氏名 (個人番号)	受診者との続柄	年齢	職業	小児慢性特定疾病受給者証の有無	指定難病受給者証の有無
	札幌 心	受診者本人	13	学生	※2 疾病以上の申請及び受給がある場合 有 ・ <input type="radio"/> 無	有 ・ <input type="radio"/> 無
	札幌 市郎 (xxxxxxxxxxxxxx)	申請者本人	47	会社員	有 ・ <input type="radio"/> 無	有 ・ <input type="radio"/> 無
	花子 (xxxxxxxxxxxxxx)	母	47	パート	有 ・ <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 ・ 無
	愛 (xxxxxxxxxxxxxx)	姉	17	学生	<input type="radio"/> 有 ・ 無	有 ・ <input type="radio"/> 無
	雪子 (xxxxxxxxxxxxxx)	祖母	75	無職	有 ・ <input type="radio"/> 無	有 ・ <input type="radio"/> 無
	()				有 ・ 無	有 ・ 無
	()				有 ・ 無	有 ・ 無

小児慢性特定疾病の受給者証の有無を記載します。受給者がいる場合は、受給証の写しの添付が必要です。

指定難病の受給者証の有無を記載します。受給者がいる場合は、受給証の写しの添付が必要です。