

世帯調書

患児本人及び患児と同じ医療保険に加入している世帯員の状況について記入してください。
(住民票が別でも、同じ医療保険に加入している方がいる場合はその方も記入してください。)

フリガナ		続柄	生年月日	年齢	医療保険の種別	(被用者保険の方) 被保険者本人 ・被扶養者の別	指定難病 医療受給	小児慢性 医療受給	税額 (記入不要)
氏名									
		患児 本人	年 月 日	歳	国保 ・ 被用者	被保険者本人 ・ 被扶養者			
個人 番号									
			年 月 日	歳	国保 ・ 被用者	被保険者本人 ・ 被扶養者			
個人 番号									
			年 月 日	歳	国保 ・ 被用者	被保険者本人 ・ 被扶養者			
個人 番号									
			年 月 日	歳	国保 ・ 被用者	被保険者本人 ・ 被扶養者			
個人 番号									
			年 月 日	歳	国保 ・ 被用者	被保険者本人 ・ 被扶養者			
個人 番号									
			年 月 日	歳	国保 ・ 被用者	被保険者本人 ・ 被扶養者			
個人 番号									
			年 月 日	歳	国保 ・ 被用者	被保険者本人 ・ 被扶養者			
個人 番号									
			年 月 日	歳	国保 ・ 被用者	被保険者本人 ・ 被扶養者			
個人 番号									

※1 患児本人、申請者の個人番号の記入は必要ありません。

※2 世帯員の個人番号は国保加入の場合のみ記入してください。

合計

円