

世帯状況調査書

「患者本人」、「住民票上の同一世帯の方」及び「同じ健康保険に加入されている方」全員分について記入してください。
 (ただし、個人番号は患者本人及び、同一健康保険加入者(被用者保険の場合は被保険者のみ)のみ記入してください。)

年 月 日

(フリガナ) 氏名	続柄	年齢	生年月日	変 更 ※変更時のみ (該当するもの に☑)	健康保険の種別 (該当するものに ☑)	【被用者保険の方】 被保険者本人 被扶養者の別	1月1日時点の 住民票の市区町村 ※3	受給者番号 (難病・小慢の受給 該当の場合☑)
	患者 本人	歳	年 月 日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
個人 番号								
		歳	年 月 日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
個人 番号								
		歳	年 月 日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
個人 番号								
		歳	年 月 日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
個人 番号								
		歳	年 月 日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
個人 番号								
		歳	年 月 日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
個人 番号								
		歳	年 月 日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
個人 番号								
		歳	年 月 日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
個人 番号								

○新規申請時には、下記のいずれかをお持ちください(患者本人の個人番号を記載した以下資料)。
 ・マイナンバーカード
 ・マイナンバー通知カード(有効なもの)
 ・マイナンバーが記載された住民票
 ※郵送の場合は、上記のコピーを同封(マイナンバーカードについては、両面をコピー)。

(記載要領)

※1 以下に該当する場合に本様式を記入してください。

- ①新規申請をする場合
- ②受給者及び支給認定基準世帯員の個人番号が変更になった場合
- ③健康保険証の変更に伴う自己負担上限額等の変更をする場合で、新たに支給認定基準世帯員の所得の書類が必要となった場合

※2 個人番号は一度記載していただいた方については、個人番号が変更にならない限り記載は不要です。

※3 1月～6月までに申請をする場合には前年1月1日時点の住民票の市区町村を、7～12月に申請する場合には本年1月1日時点の住民票の市区町村を記入してください。

※4 指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者がいる場合、難病・小慢の受給の該当制度に☑付け受給者番号を記入の上、受給者証のコピーを添付してください。

記載例(新規)

世帯状況調査書

「住民票上の同一世帯の方」及び「同じ健康保険に加入されている方」全員分について記入してください。
 (ただし、個人番号は患者本人及び、同一健康保険加入者(被用者保険の場合は被保険者のみ)のみ記入してください。)

令和××年××月××日

(フリガナ) 氏名	続柄	年齢	生年月日	変更 ※変更時のみ (該当するものに☑)	健康保険の種別 (該当するものに☑)	【被用者保険の方】 被保険者本人 被扶養者の別	1月1日時点の 住民票の市区町村 ※3	受給者番号 (難病・小慢の受給 該当の場合☑)
イバラキ ハナコ 茨城 花子	患者本人	48 歳	S50年4月30日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	土浦市	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
イバラキ イチロウ 茨城 一郎	加入者			<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	水戸市	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
イバラキ タロウ 茨城 太郎	夫	51 歳	S47年12月1日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	土浦市	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
イバラキ ジロウ 茨城 次郎	弟	43 歳	S55年5月5日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	土浦市	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
イバラキ カズオ 茨城 一男			9日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	土浦市	●●●●●●●● <input type="checkbox"/> 指定難病 <input checked="" type="checkbox"/> 小児慢性
		歳	年 月 日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合			<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
		歳	年 月 日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
		歳	年 月 日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
		歳	年 月 日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性

加入医療保険が異なる世帯員の場合は、個人番号の記載は不要です。

個人番号カードに記載されている個人番号を正確に記入してください。

指定難病特定医療費受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証に記載されている受給者番号を記入してください。また、受給者証の写しを申請書に添付してください。

(記載要領)

※1 以下に該当する場合に本様式を記入してください。

- ①新規申請をする場合
- ②受給者及び支給認定基準世帯員の個人番号が変更になった場合
- ③健康保険証の変更に伴う自己負担上限額等の変更をする場合で、新たに支給認定基準世帯員の所得の書類が必要となった場合

※2 個人番号は一度記載していただいた方については、個人番号が変更にならない限り記載は不要です。

※3 1月～6月までに申請をする場合には前年1月1日時点の住民票の市区町村を、7～12月に申請する場合には本年1月1日時点の住民票の市区町村を記入してください。

※4 指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者がいる場合、難病・小慢の受給の該当制度に☑付け受給者番号を記入の上、受給者証のコピーを添付してください。

○新規申請時には、下記のいずれかをお持ちください(患者本人の個人番号を記載した以下資料)。
 ・マイナンバーカード
 ・マイナンバー通知カード(有効なもの)
 ・マイナンバーが記載された住民票
 ※郵送の場合は、上記のコピーを同封(マイナンバーカードについては、両面をコピー)。

記載例(変更)

世帯状況調査書

「住民票上の同一世帯の方」及び「同じ健康保険に加入されている方」全員分について記入してください。
 (ただし、個人番号は患者本人及び、同一健康保険加入者(被用者保険の場合は被保険者のみ)のみ記入してください。)

令和××年××月××日

(フリガナ)氏名	続柄	年齢	生年月日	変更 ※変更時のみ (該当するものに☑)	健康保険の種別 (該当するものに☑)	【被用者保険の方】 被保険者本人 被扶養者の別	1月1日時点の 住民票の市区町村 ※3	受給者番号 (難病・小慢の受給 該当の場合☑)
イバラキ ハナコ 菟城 花子	患者本人	48 歳	S50年4月30日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	土浦市	×××××××× <input checked="" type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
イバラキ タロウ 菟城 太郎			9年3月30日	<input type="checkbox"/> 追加 <input checked="" type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	水戸市	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
イバラキ ジロウ 菟城 次郎	弟	43 歳	S55年5月5日	<input checked="" type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	土浦市	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
イバラキ ズオ 菟城 男	長男	15 歳	H20年9月9日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	土浦市	●●●●●●●● <input type="checkbox"/> 指定難病 <input checked="" type="checkbox"/> 小児慢性
		歳	年 月 日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
		歳	年 月 日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
		歳	年 月 日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
		歳	年 月 日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性

新規申請以外の場合、患者本人も記入してください。

患者本人と住民票上の世帯が分かれたため、削除を選択

患者本人と同じ健康保険に新たに加入したため、追加を選択

個人番号カードに記載されている個人番号を正確に記入してください。

※新規申請時に個人番号を記載した世帯員については、改めて個人番号を記載する必要はありません。

(記載要領)

※1 以下に該当する場合に本様式を記入してください。

- ①新規申請をする場合
- ②受給者及び支給認定基準世帯員の個人番号が変更になった場合
- ③健康保険証の変更に伴う自己負担上限額等の変更をする場合で、新たに支給認定基準世帯員の所得の書類が必要となった場合

※2 個人番号は一度記載していただいた方については、個人番号が変更にならない限り記載は不要です。

※3 1月～6月までに申請をする場合には前年1月1日時点の住民票の市区町村を、7～12月に申請する場合には本年1月1日時点の住民票の市区町村を記入してください。

※4 指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者がいる場合、難病・小慢の受給の該当制度に☑付け受給者番号を記入の上、受給者証のコピーを添付してください。

○新規申請時には、下記のいずれかをお持ちください(患者本人の個人番号を記載した以下資料)。
 ・マイナンバーカード
 ・マイナンバー通知カード(有効なもの)
 ・マイナンバーが記載された住民票
 ※郵送の場合は、上記のコピーを同封(マイナンバーカードについては、両面をコピー)。