

世 帯 調 書

区分	氏 名	続柄	生年月日	職業	同居・別居	難病・小慢認定の有無	自己負担限度額	マイナンバー (個人番号)
受診者と同一の医療保険加入者					同・別			
					同・別			
					同・別			
					同・別			
					同・別			
					同・別			
					同・別			
異なる医療保険加入者					同・別			
					同・別			
					同・別			
					同・別			

注1 「児童と同一の医療保険加入者」は、受診者と同一の医療保険に加入している親族について記入してください。

注2 「異なる医療保険加入者」は、支給認定（自己負担上限月額の階層判定等）に関係する方がいる場合に限り記入してください。

注3 「続柄」は児童本人から見たものを記入してください。

注4 「同居・別居」は、受診者と同居の場合は「同」に○を、別居の場合は「別」に○をつけてください。

注5 「難病・小慢認定の有無」は、該当する場合は○を記入し、受給者証又は申請書の写しを添付してください。

注6 「自己負担限度額」は、難病・小慢認定がある場合に記入してください。

以上のとおり相違ありません。

申請者氏名
