

## 世帯調書

	世帯員氏名	続柄	生年月日	住民税課税の有無	課税地等区市町村名(※1)	小児慢性特定疾病又は難病医療費助成受給者番号(※2)(※3)	
患者の属する医療保険上の世帯の構成(※5)	患者 (患者氏名) (個人番号)(※4)	本人	平成 令和 年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ。 <input type="checkbox"/> 現住所以外 都・道 区・市 府・県 町・村	難病	
	申請者 (氏名) (個人番号)	患者の	昭和 平成 年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ。 <input type="checkbox"/> 現住所以外 都・道 区・市 府・県 町・村	難病 小慢	
	1 (氏名) (個人番号)	患者の	昭和 平成 令和 年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ。 <input type="checkbox"/> 現住所以外 都・道 区・市 府・県 町・村	難病 小慢	
	(住所) <input type="checkbox"/> 患者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ						
	2 (氏名) (個人番号)	患者の	昭和 平成 令和 年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ。 <input type="checkbox"/> 現住所以外 都・道 区・市 府・県 町・村	難病 小慢	
	(住所) <input type="checkbox"/> 患者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ						
3 (氏名) (個人番号)	患者の	昭和 平成 令和 年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ。 <input type="checkbox"/> 現住所以外 都・道 区・市 府・県 町・村	難病 小慢		
(住所) <input type="checkbox"/> 患者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ							
4 (氏名) (個人番号)	患者の	昭和 平成 令和 年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ。 <input type="checkbox"/> 現住所以外 都・道 区・市 府・県 町・村	難病 小慢		
(住所) <input type="checkbox"/> 患者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ							
5 (氏名) (個人番号)	患者の	昭和 平成 令和 年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ。 <input type="checkbox"/> 現住所以外 都・道 区・市 府・県 町・村	難病 小慢		
(住所) <input type="checkbox"/> 患者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ							

**【申請者が患者とは別の医療保険に加入している場合】**

世帯外の申請者	(氏名) (個人番号) (住所) ・患者と同じ ・申請者と同じ	患者の	昭和 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 現住所と同じ。 <input type="checkbox"/> 現住所以外 都・道 区・市 府・県 町・村	
---------	---	-----	----------------	--	--	--

(※1)・・・課税地等区市町村名欄には、1月から6月までに申請する場合は前年の1月1日、7月から12月までに申請する場合は申請年の1月1日時点の住所があった区市町村を記載してください。ただし、生活保護等を受給している方は、当該生活保護等を実施している区市町村等を記載してください。

(※2)・・・同一世帯で小児慢性特定疾病又は難病の医療費助成を受給されている場合は受給者番号を記載してください

(※3)・・・負担上限額の按分を希望する場合、難病医療費については受給者証と保険証の写しを添付してください。

(※4)・・・番号法に規定される個人番号(12桁)を記載してください。

(※5)・・・患者と同じ医療保険の世帯員が書ききれない場合は、この様式を複写して使用してください。

区使用欄	以下の①・②について職権確認を行った。(患者が国民健康保険加入の場合のみ) <input type="checkbox"/> ①上記に同一保険世帯員全員が記載されている <input type="checkbox"/> ②住民票における <b>世帯員全員(※別保険加入者も含む)</b> の医療保険証(写)の提出がある ※ 職権確認の上、□欄に☑を入れること
------	--

個人番号については、下記「個人番号の記載の注意点について」を御確認頂き、対象者の個人番号を記載してください。

### 世帯調書

患者の属する医療保険上の世帯の構成(※7)	患者氏名 (患者番号) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	生年月日 昭和 平成 令和 〇〇年 〇月 〇〇日	住民税課税の有無	課税地等区市町村名(※1) 都・道 区・市 府・県	小児慢性特定疾病又は難病医療費助成受給者番号(※2)(※3)
1	「患者C」の氏名 (氏名) 「保護者A」の氏名 (個人番号) 3 4 5 6 7 8 9 8 7 6 5 4	昭和 平成 令和 〇〇年 〇月 〇〇日	有・無	神奈川県 横浜市 港南区	難病 小慢
2	「祖父E」氏名 (個人番号)	昭和 平成 令和 〇〇年 〇月 〇〇日	有・無		難病 小慢 1234567
3	「弟D」の氏名 (個人番号)	昭和 平成 令和 〇〇年 〇月 〇〇日	有・無		難病 7654321 小慢

住民税の課税地が現住所と違う場合は、「都道府県名・区市町村名」を記載してください。  
(政令指定都市の場合は、「〇〇市〇〇区」まで記載してください。)  
※過去2年以内に転居されている場合、課税地と現住所が異なる可能性がありますので、下記を参考にして課税地を正確に記載してください。  
○令和5年7月から令和6年6月までに申請 ⇒ 課税地: 令和5年1月1日時点の住所地  
○令和6年7月から令和7年6月までに申請 ⇒ 課税地: 令和6年1月1日時点の住所地

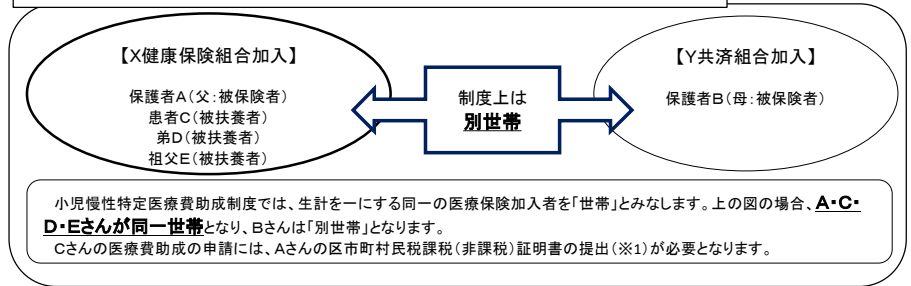
【申請者】  
世帯外の申請者が、患者の医療保険と違う場合は、こちらの欄に記載してください。  
例: 患者は父の医療保険の扶養だが、別の医療保険に加入する母が申請者の場合 等

### 個人番号の記載の注意点について

個人番号を記載する対象者は、患者の属する医療保険に応じて下記のとおりとなります。

- 被用者保険の場合  
申請者及び患者の個人番号を記載してください。ただし、申請者が被保険者でない場合、被保険者の個人番号も併せて記載してください。
- 国民健康保険(区市町村・国民健康保険組合)の場合  
申請者及び患者を含む、世帯員すべての方の個人番号を記載してください。

### 医療費助成制度における世帯の考え方(記載例の事例)



### (参考例) 国民健康保険とその他の健康保険の組み合わせによる世帯と所得の確認方法

- 下表に示すA・Bは保護者、Cはその子(患者)を表す。また、以下において○で囲んだ者はCの属する世帯の構成員である。
- この具体例でいう「健康保険」とは、国民健康保険以外のすべての医療保険をいう。また、「被扶養者」とは、健康保険上のそれをいう。
- 国民健康保険においては、子を含む加入者の所得確認を行う。ただし、課税証明書において控除対象扶養者と確認できる者(控除対象配偶者等)は原則として除外する。

#### ◎ パターン1

	医療保険の加入状況	所得確認
○A	健康保険の被保険者	【世帯構成員はA・B・C】 Aの所得を確認
○B	健康保険においてAの被扶養者	
○C	健康保険においてAの被扶養者	

#### ◎ パターン2

	健康保険の加入状況	所得確認
○A	健康保険の被保険者	【世帯構成員はA・C】 Aの所得を確認
B	Aとは別の健康保険の被保険者	
○C	健康保険においてAの被扶養者	

#### ◎ パターン3

	医療保険の加入状況	所得確認
○A	国民健康保険の被保険者かつ世帯主	【世帯構成員はA・B・C】 A+B(+C)の所得を確認
○B	国民健康保険の被保険者	
○C	国民健康保険の被保険者	

#### ◎ パターン4

	医療保険の加入状況	所得確認
○A	国民健康保険の被保険者かつ世帯主	【世帯構成員はA・C】 A(+C)の所得を確認
B	健康保険の被保険者	
○C	国民健康保険の被保険者	