

**世帯状況調査 ※新規・転入の場合**

令和〇年〇月〇日

(フリガナ) 氏名	続柄	生年月日	変更 ※変更時のみ記入	個人番号										確認欄												
														医療保険の種別 (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	税証明 ※有りの場合○	難病・小慢 受給の有無	受給者番号								
群馬 タロウ 群馬 太郎	患者本人	〇年〇月〇日	追加・削除	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	国保・後期高齢 ・被用者	本人 被扶養者		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	
群馬 シロウ 群馬 次郎	父	〇年〇月〇日	追加・削除	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	国保・後期高齢 ・被用者	本人 被扶養者	○	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	※該当があれば記入。
群馬 ハナコ 群馬 花子	母	〇年〇月〇日	追加・削除	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	国保・後期高齢 ・被用者	本人 被扶養者	○	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input checked="" type="checkbox"/> 小慢	※該当があれば記入。
		年 月 日	追加・削除																			国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	
		年 月 日	追加・削除																			国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	
		年 月 日	追加・削除																			国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	
		年 月 日	追加・削除																			国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	
		年 月 日	追加・削除																			国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	
		年 月 日	追加・削除																			国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	

※受診者と同じ公的医療保険に加入されている方(以下、支給認定基準世帯員)全員について記入してください。

※以下に該当する場合に本様式を記入してください。

- ①新規又は更新申請をする場合(新規申請時に提出された方は、更新申請時については新規申請時と記載内容に変更がない場合は添付を省略できます。)
- 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保険証の変更に伴う階層区分等の変更申請をする場合で、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

※変更欄については新たに支給認定基準世帯員が増えた場合は「追加」を、支給認定基準世帯員が減った場合は「削除」を記入してください。(変更がない方の記入は省略できます。)

※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となります。