

自立支援医療（育成医療）「世帯」調書

申請者氏名			受診者氏名				
受診者の属する「世帯」構成	氏名	居住地	続柄	性別	生年月日	職業 (勤務先)	備考
「世帯」外で同一住所の者	氏名	居住地	続柄	性別	生年月日	職業 (勤務先)	備考

注意

- 1 受診者の属する「世帯」とは、居住地にかかわらず受診者本人と同一の医療保険に加入する方全員をいいます。
- 2 「世帯」外で同一住所の者とは、受診者本人と同一住所に居住し、受診者本人と加入する医療保険が異なる方をいいます。
- 3 「続柄」は、受診者本人から見たものを記入してください。
- 4 受診者の属する「世帯」の方の医療保険の被保険者証を添付してください。
 なお、受診者が国民健康保険に加入し、かつ、保護者が後期高齢者医療制度に加入している場合は、その保護者の方の被保険者証も添付してください。
- 5 データにて市民税の課税状況について確認できなかった場合は、証明書を添付していただくことがあります。