

世帯調書

※受診者と同じ健康保険に加入している方をご記入ください。

世帯員氏名		受診者 との続柄	生年月日	1月1日現在の住所所在地（※1）
1	(氏名) (個人番号)	本人	年 月 日	・現住所と同じ ・現住所以外 [都・道 区・市 府・県 町・村]
2	(氏名) (個人番号)		年 月 日	・現住所と同じ ・現住所以外 [都・道 区・市 府・県 町・村]
3	(氏名) (個人番号)		年 月 日	・現住所と同じ ・現住所以外 [都・道 区・市 府・県 町・村]
4	(氏名) (個人番号)		年 月 日	・現住所と同じ ・現住所以外 [都・道 区・市 府・県 町・村]
5	(氏名) (個人番号)		年 月 日	・現住所と同じ ・現住所以外 [都・道 区・市 府・県 町・村]

※申請者が受診者とは別の健康保険に加入している場合は、下の欄にご記入ください。

申請者	(氏名) (個人番号)		年 月 日	・現住所と同じ ・現住所以外 [都・道 区・市 府・県 町・村]
-----	--------------------	--	-------	---

(※1)・・・1月から6月までに申請する場合は前年の1月1日時点、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)・・・番号法に規定する個人番号（12桁）を記載してください。

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。	
1 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。
2 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。