

# 世帯調書

(えんぴつ、消せるボールペンは使用不可)

(記入方法)

## ◎「患者本人」と「患者と同じ医療保険（保険証）の家族全員」を記入

- ・収入がない16歳未満の家族については記入不要です。
- ・患者の保険証が社会保険の場合は以下のとおりです。

## ○患者の保険証が社会保険の場合（全国健康保険協会、健康保険組合（国民健康保険組合を除く）、共済組合、自衛隊）

- ・患者が社会保険の被保険者になっている場合は「患者本人」の欄だけ記入してください。
- ・患者が社会保険の被扶養者になっている場合は「患者本人」の欄および「被保険者になっている家族1名」を記入してください。（同居家族のほか、別居している家族・親族が被保険者になっている場合があります。）

## ○保険証の種類がわからない場合は「患者本人と家族全員」を記入してください。

患者本人	フリガナ (氏名)			
	(生年月日)	平成・令和	年 月 日	
	患者本人が18歳未満の場合は☑してください <input type="checkbox"/> 18歳未満			
家族①	フリガナ氏名			
	生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	
	保険証の記号・番号 (☑する)	<input type="checkbox"/> 患者の保険証の記号・番号と同じ記号・番号	「わからない」の場合 又は様式集④を使用する場合  ご家族の記号・番号を確認するため、 職業確認にご協力ください(○で囲む)	
		<input type="checkbox"/> 患者の保険証の記号・番号と別の記号・番号		
<input type="checkbox"/> わからない(該当する職業等を○で囲んでください)				
家族②	フリガナ氏名			
	生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	
	保険証の記号・番号 (☑する)	<input type="checkbox"/> 患者の保険証の記号・番号と同じ記号・番号	個人事業主・個人農家 会社員・団体職員 公務員・無職・学生 年金・その他 ↑ ( )	
		<input type="checkbox"/> 患者の保険証の記号・番号と別の記号・番号		
<input type="checkbox"/> わからない(該当する職業等を○で囲んでください)				
家族③	フリガナ氏名			
	生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	
	保険証の記号・番号 (☑する)	<input type="checkbox"/> 患者の保険証の記号・番号と同じ記号・番号	個人事業主・個人農家 会社員・団体職員 公務員・無職・学生 年金・その他 ↑ ( )	
		<input type="checkbox"/> 患者の保険証の記号・番号と別の記号・番号		
<input type="checkbox"/> わからない(該当する職業等を○で囲んでください)				

※マイナンバー確認書類（マイナンバーカードの写しまたはマイナンバー入り住民票など）を必ず提出してください。（児童福祉法施行規則第7条第1項および第5項）

(保健所使用欄のため記入不要)

- ①合計所得に給与所得が含まれる場合は10万円(10万円以下の場合は全額)を減額して記入
- ②収入又は課税額から階層判定に影響しない家族は「みなし世帯員(み)」で判定可(保険証または確認書を省略可)

階層判定	患者（または保護者）の収入額 合計所得金額+公的年金等収入額+非課税収入額 円	所得割(計) 円 所得割のみ
	A・B1・B2 (□B2同意)	C1・C2・D (□D同意)

A:生保, B1:826,500円以下, B2:826,500円超, C1:71千円未満, C2:71千円以上251千円未満, D:251千円以上

世帯員区分	MN照会	住民税の課税状況等（非課税・課税のどちらかを○で囲む）	
○ ×	保険証	非課税	課税
社保被保険者該当☑ <input type="checkbox"/>	・ 税証明※確認書必須	合計所得金額_____円 公的年金等収入額_____円 非課税収入額_____円	所得割額_____円 均等割のみ
○ (み) ×	保険証 判定不可	非課税	課税
○ (み) ×	保険証 判定不可	非課税	課税
○ (み) ×	保険証 判定不可	非課税	課税
○ (み) ×	保険証 判定不可	非課税	課税

※職業欄は進達後の審査で使用します。