

世 帯 状 況 調 書

「患者本人」、「住民票上の同一世帯の方」及び「同じ健康保険に加入されている方」全員分について記入してください。
(ただし、個人番号は患者本人及び、同一健康保険加入者(被用者保険の場合は被保険者)のみ記入してください。)

年 月 日

(フリガナ) 氏名		続柄	年齢	生年月日	変 更 ※変更時のみ (該当するものに☑)	健康保険の種別 (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	1月1日時点の 住民票の市区町村 ※1	受給者番号 (難病・小慢の受給 該当の場合☑) ※2
		患者 本人	歳		☐ 追加 ☐ 削除	☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		☐ 指定難病
個人 番号									
			歳		☐ 追加 ☐ 削除	☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		☐ 指定難病
個人 番号									
			歳		☐ 追加 ☐ 削除	☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		☐ 指定難病
個人 番号									
			歳		☐ 追加 ☐ 削除	☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		☐ 指定難病
個人 番号									
			歳		☐ 追加 ☐ 削除	☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		☐ 指定難病
個人 番号									
			歳		☐ 追加 ☐ 削除	☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		☐ 指定難病
個人 番号									
			歳		☐ 追加 ☐ 削除	☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		☐ 指定難病
個人 番号									
			歳		☐ 追加 ☐ 削除	☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		☐ 指定難病
個人 番号									
			歳		☐ 追加 ☐ 削除	☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		☐ 指定難病
個人 番号									
			歳		☐ 追加 ☐ 削除	☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		☐ 指定難病
個人 番号									
			歳		☐ 追加 ☐ 削除	☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		☐ 指定難病
個人 番号									
			歳		☐ 追加 ☐ 削除	☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		☐ 指定難病
個人 番号									

(記載要領)

※1 1月～6月までに申請をする場合には前年1月1日時点の住民票の市区町村を、7～12月に申請する場合には本年1月1日時点の住民票の市区町村を記入してください。

※2 指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者に該当する場合、難病・小慢の受給の該当制度に☑を付け受給者番号を記入の上、受給者証のコピーを添付してください。

○個人番号を記入した方について、それぞれ番号が確認できる下記の資料いずれかをお持ちください。
①マイナンバーカード
②マイナンバー通知カード(有効なもの)
③個人番号が記載された住民票の写し
※郵送の場合は、①②についてはコピーを同封(マイナンバーカードについては、両面をコピー)。

記載例(新規)

世帯状況調査書

「住民票上の同一世帯の方」及び「同じ健康保険に加入されている方」全員分について記入してください。
(ただし、個人番号は患者本人及び、同一健康保険加入者(被用者保険の場合は被保険者)のみ記入してください。)

令和××年××月××日

(フリガナ) 氏名		続柄	年齢	生年月日	変 更 ※変更時のみ (該当するものに☑)	健康保険の種別 (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	1月1日時点の 住民票の市区町村 ※1	受給者番号 (難病・小慢の受給 該当の場合☑) ※2
イバラキ ハナコ 茨城 花子		患者 本人	49 歳	S50年4月30日	☐ 追加 ☐ 削除	☒ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	土浦市	××××××××
個人 番号									1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
イバラキ イチロウ 茨城 一郎		夫	52 歳	S47年12月1日	☐ 追加 ☐ 削除	☒ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	土浦市	☐ 指定難病 ☐ 小児慢性
個人 番号									
イバラキ タロウ 茨城 太郎		妻	45 歳	S55年5月5日	☒ 追加 ☐ 削除	☒ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	土浦市	☐ 指定難病 ☐ 小児慢性
個人 番号									3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3
イバラキ ジロウ 茨城 次郎		長男	16 歳	H20年9月9日	☐ 追加 ☐ 削除	☒ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	土浦市	☐ 指定難病 ☒ 小児慢性
個人 番号									4
イバラキ カ 茨城 カ			歳	年 月 日	☐ 追加 ☐ 削除	☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		☐ 指定難病 ☐ 小児慢性
個人 番号									5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5
			歳	年 月 日	☐ 追加 ☐ 削除	☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		☐ 指定難病 ☐ 小児慢性
個人 番号									
			歳	年 月 日	☐ 追加 ☐ 削除	☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		☐ 指定難病 ☐ 小児慢性
個人 番号									
			歳	年 月 日	☐ 追加 ☐ 削除	☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		☐ 指定難病 ☐ 小児慢性
個人 番号									
			歳	年 月 日	☐ 追加 ☐ 削除	☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		☐ 指定難病 ☐ 小児慢性
個人 番号									

(記載要領)

- ※1 1月～6月までに申請をする場合には前年1月1日時点の住民票の市区町村を、7～12月に申請する場合には本年1月1日時点の住民票の市区町村を記入してください。
- ※2 指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者に該当する場合、難病・小慢の受給の該当制度に☑を付け受給者番号を記入の上、受給者証のコピーを添付してください。

○個人番号を記入した方について、それぞれ番号が確認できる下記の資料いずれかをお持ちください。
①マイナンバーカード
②マイナンバー通知カード(有効なもの)
③個人番号が記載された住民票の写し
※郵送の場合は、①②についてはコピーを同封(マイナンバーカードについては、両面をコピー)。

記載例(変更)

世帯状況調査書

住民票上の同一世帯の方及び「同じ健康保険に加入されている方」全員分について記入してください。
ただし、個人番号は患者本人及び、同一健康保険加入者(被用者保険の場合は被保険者)のみ記入してください。

令和××年××月××日

(フリガナ) 氏名	続柄	年齢	生年月日	変 更 ※変更時のみ (該当するものに☑)	健康保険の種別 (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	1月1日時点の 住民票の市区町村 ※1	受給者番号 (難病・小慢の受給 該当の場合☑) ※2
イバラキ ハナコ 茨城 花子	患者 本人	49 歳	S50年4月30日	☐ 追加 ☐ 削除	☒ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	土浦市	××××××××
イバラキ イ 個人番号 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	父	75 歳	S25年3月30日	☐ 追加 ☒ 削除	☐ 国民健康保険 ☒ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	水戸市	☐ 指定難病 ☐ 小児慢性
茨城 太郎				☐ 追加 ☐ 削除	☒ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	土浦市	☐ 指定難病 ☐ 小児慢性
イバラキ ジロウ 茨城 次郎	弟	45 歳	S55年5月5日	☒ 追加 ☐ 削除	☒ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	土浦市	☐ 指定難病 ☐ 小児慢性
イバラキ カズオ 茨城 一男	長男	16 歳	H20年9月9日	☐ 追加 ☐ 削除	☒ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	土浦市	●●●●●●●● ☐ 指定難病 ☒ 小児慢性
		歳	年 月 日	☐ 追加 ☐ 削除	☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		☐ 指定難病 ☐ 小児慢性
		歳	年 月 日	☐ 追加 ☐ 削除	☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		☐ 指定難病 ☐ 小児慢性
		歳	年 月 日	☐ 追加 ☐ 削除	☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		☐ 指定難病 ☐ 小児慢性
		歳	年 月 日	☐ 追加 ☐ 削除	☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		☐ 指定難病 ☐ 小児慢性
		歳	年 月 日	☐ 追加 ☐ 削除	☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢 ☐ 被用者保険 ☐ 国民健康保険 組合	本人(被保険者) 家族(被扶養者)		☐ 指定難病 ☐ 小児慢性

(記載要領)

※1 1月～6月までに申請をする場合には前年1月1日時点の住民票の市区町村を、7～12月に
申請する場合には本年1月1日時点の住民票の市区町村を記入してください。
※2 指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者に該当する場合、難病・小慢の受給の該当制度に
☑を付け受給者番号を記入の上、受給者証のコピーを添付してください。

○個人番号を記入した方について、それぞれ番号が確
認できる下記の資料いずれかをお持ちください。
①マイナンバーカード
②マイナンバー通知カード(有効なもの)
③個人番号が記載された住民票の写し
※郵送の場合は、①②についてはコピーを同封(マイナ
ンバーカードについては、両面をコピー)。