

世帯調書

<記載方法>

受診者の加入医療保険の種別によって下記のとおり記入してください。

●被用者保険の被保険者の場合はA欄のみ記入

●被用者保険の被扶養者（扶養家族）の場合はA欄及びB欄を記入

●市町村国保、業種別国保の場合は、A欄及びC欄に住民票の同一世帯員全員について記入

●マイナンバー連携希望の場合、世帯員のマイナンバーは同一保険加入者のみ記入

※市町村国保、業種別国保加入者で他県等に修学者がいるなど、住民票が別でも同じ記号・番号である場合は、その方も記入してください

※被用者保険とは協会けんぽ、健保組合、共済組合といった会社などに雇用されて働く人が加入する医療保険です。

氏名		受診者との続柄	受診者と同じ保険の加入者に○	受診者と別保険の加入者の保険種別	マイナンバー連携希望書類	個人番号（マイナンバー）【注】									
生年月日						1月1日時点の居住市区町村 ※1～6月申請は前年、7～12月申請は当年									
A	フリガナ氏名 <input type="checkbox"/> 16歳未満	本人	/	/	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 課税証明書及び保険情報										
	H・R 年 月 日 <input type="checkbox"/> 被保険者														

※ 受診者が被用者保険の扶養家族の場合記入（受診者が被保険者・組合員本人の場合は不要）

B	フリガナ氏名 <input type="checkbox"/> 16歳未満	保護者	○	/	<input type="checkbox"/> 課税証明書及び保険情報	受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）									
	T・S・H・R 年 月 日 <input type="checkbox"/> 保護者														

※ 受診者が市町村国保、業種別国保、後期高齢者医療制度の場合記入（住民票の同一世帯員全員）

C	フリガナ氏名 <input type="checkbox"/> 16歳未満	保護者		<input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生活保護等	<input type="checkbox"/> 課税証明書及び保険情報	受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）											
	T・S・H・R 年 月 日 <input type="checkbox"/> 保護者																
	フリガナ氏名 <input type="checkbox"/> 16歳未満					<input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生活保護等	<input type="checkbox"/> 課税証明書及び保険情報	受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）									
	T・S・H・R 年 月 日																
	フリガナ氏名 <input type="checkbox"/> 16歳未満							<input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生活保護等	<input type="checkbox"/> 課税証明書及び保険情報	受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）							
T・S・H・R 年 月 日																	
フリガナ氏名 <input type="checkbox"/> 16歳未満	<input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生活保護等	<input type="checkbox"/> 課税証明書及び保険情報	受診者と同じ場合は記載不要（異なる場合は記載）														
T・S・H・R 年 月 日																	

◎受診者が生活保護受診者で医療保険に加入していない場合は、A欄のみ記入、医療保険に加入している場合は、上述の<記載方法>に従って記入してください。

◎市町村国保、業種別国保の世帯員は受診者と同じ記号、番号の場合に受診者と同じ保険の加入者として○を記入してください。

◎世帯調書に不備がある場合、マイナンバー連携による書類の省略はできません。

◎未申告の方は、必ず税の申告を済ませておいてください。マイナンバー連携の結果、書類の提出が必要となる場合があります。提出されない場合は、上位所得として取り扱います。

◎受診者の個人番号の記載がない場合でも、小児慢性特定疾病医療費助成の申請手続きを行うことは可能ですが、住民票・課税証明書等の添付が必要になります。

その場合、マイナンバー法第14条第2項の規定に基づき、大阪府において住民基本台帳ネットワークシステムへ個人番号の照会を行います。

【注】マイナンバーを記載する場合は、裏面【表1】の確認書類①、②を準備し、窓口に提示してください。
なお、郵送する場合は、写しを同封してください。

◎マイナンバーを用いて書類省略する方で、任意代理人に委任する場合

委任状 保護者または成年患者本人が申請する場合は不要	※マイナンバーを用いて書類省略する方で、任意代理人が申請する場合は、必ず記入してください。 （提出の代行のみの場合や、法定代理人が戸籍謄本などその資格を証明する書類を提示する場合は不要）
	大阪府知事 様 委任者（保護者または成年患者本人）氏 名 _____
	私は、この申請に係る個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定める個人番号をいう。）を提供する権限を次の者に委任します。
	受任者（代理人） 氏 名 _____（委任者との続柄 _____）
	住 所 <input type="checkbox"/> 申請書（申請者欄）のとおり / 電話番号 <input type="checkbox"/> 申請書（申請者欄）のとおり /

DV・虐待等の被害及びその恐れにより避難している場合は、情報連携における不開示設定等を行うことにより、所在地に繋がる情報を秘匿することができます。希望する場合は、希望するにチェックをしてください。（記入された情報は上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。）

希望する

