

世帯調書

受診者氏名					申請者氏名		
受診者の属する世帯構成	構成員氏名	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先)	市町村民税額(円)	備考欄
							16歳以上19歳未満の税制上扶養人数( )人
	個人番号						
							16歳以上19歳未満の税制上扶養人数( )人
	個人番号						
							16歳以上19歳未満の税制上扶養人数( )人
	個人番号						
							16歳以上19歳未満の税制上扶養人数( )人
	個人番号						
							16歳以上19歳未満の税制上扶養人数( )人

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 「続柄」は受診者本人から見たものを記入してください。
- 3 被扶養者の年齢は、7月から12月申請の場合は前年12月31日現在、1月から6月申請の場合は前々年12月31日現在のものです。