第２号様式

世　帯　調　書

患児本人と同じ医療保険に加入している住民票上の世帯全員の状況について記入して下さい。
（ただし、住民票が別でも、同じ医療保険に加入している方が他にいる場合にはその方も記入してください。）

フリガナ 氏名	続柄	生年月日	年齢	医療保険の種別 （該当するものに〇）	（被用者保険の方） 被保険者本人・被扶養者 の別	税証明	特定疾患 医療受給の 有無	小児慢性 医療受給の 有無
個人番号	患者 本人	年　月　日	歳	国保　・　被用者	被保険者本人・被扶養者		―	―
個人番号		年　月　日	歳	国保　・　被用者	被保険者本人・被扶養者			
個人番号		年　月　日	歳	国保　・　被用者	被保険者本人・被扶養者			
個人番号		年　月　日	歳	国保　・　被用者	被保険者本人・被扶養者			
個人番号		年　月　日	歳	国保　・　被用者	被保険者本人・被扶養者			
個人番号		年　月　日	歳	国保　・　被用者	被保険者本人・被扶養者			
個人番号		年　月　日	歳	国保　・　被用者	被保険者本人・被扶養者			
個人番号		年　月　日	歳	国保　・　被用者	被保険者本人・被扶養者			
個人番号		年　月　日	歳	国保　・　被用者	被保険者本人・被扶養者			
個人番号		年　月　日	歳	国保　・　被用者	被保険者本人・被扶養者			

（連絡事項）