

世帯調書

世帯員氏名（※1）		受診者との続柄 生年月日	世帯按分に該当する小児慢性又は難病医療費助成受給者は、該当する方に☑と受給者番号を記入（※3）	課税地等区市町村名 現住所と異なる場合は記入（※4）	
個人番号（※2）				都道府県	区市町村
受診者		本人			
申請者			<input type="checkbox"/> 難病()	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ	都道府県
			<input type="checkbox"/> 小慢()		区市町村
受任者			<input type="checkbox"/> 難病()	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ	都道府県
			<input type="checkbox"/> 小慢()		区市町村
1			<input type="checkbox"/> 難病()	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ	都道府県
			<input type="checkbox"/> 小慢()		区市町村
2			<input type="checkbox"/> 難病()	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ	都道府県
			<input type="checkbox"/> 小慢()		区市町村
3			<input type="checkbox"/> 難病()	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ	都道府県
			<input type="checkbox"/> 小慢()		区市町村
4			<input type="checkbox"/> 難病()	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ	都道府県
			<input type="checkbox"/> 小慢()		区市町村
5			<input type="checkbox"/> 難病()	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ	都道府県
			<input type="checkbox"/> 小慢()		区市町村
6			<input type="checkbox"/> 難病()	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ	都道府県
			<input type="checkbox"/> 小慢()		区市町村

※1 … 被用者保険（協会けんぽ・健保組合・共済等）の場合は受診者と申請者のみ（申請者から委任を受けている方、世帯按分の申請する方も記入が必要です）、国民健康保険・国民健康保険組合加入の場合は同じ保険に加入している方を全員記入してください。

※2 … 加入保険が受診者と同じ被用者保険で世帯按分の申請をする方は、個人番号の記入は不要です。申請者（被保険者）から委任された方（受任者）の個人番号の記入は不要ですが、板橋区外に在住の場合は個人番号を記入してください。

※3 … 負担上限月額の内訳を希望する場合、難病医療費については受給者証と保険証の写しを添付してください。

※4 … 課税地（1月から6月までに申請する場合は前年の1月1日、7月から12月までに申請する場合は申請年の1月1日時点の住所があった区市町村）が板橋区ではない場合は記入してください。ただし、生活保護等を受給している方は、当該生活保護等を実施している区市町村等を記載してください。

申請書記入例

世帯調書に記載した方の個人番号・加入保険が確認できる書類等をご用意いただき、窓口で提示（写しをとります）いただくか、郵送の場合は写しを添付してください。

世帯構成（①～④は同じ保険）
 ①受診者（父の扶養家族）
 ②父（協会けんぽ加入者）...申請者（委任者）
 ③母（父の扶養家族）...受任者
 ④兄（父の扶養家族、小児慢性の受給者）

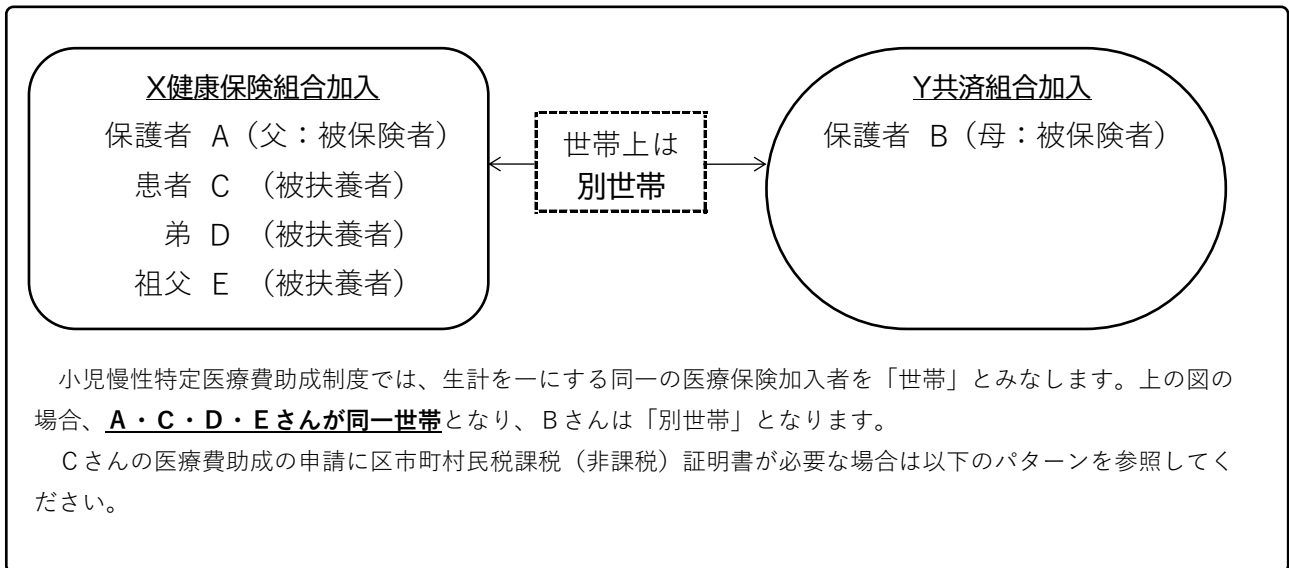
世帯員氏名（※1）		受診者との続柄	世帯按分に該当する小児慢性又は難病医療費助成受給者は、該当する方に <input checked="" type="checkbox"/> と受給者番号を記入（※3）	課税地等区市町村名 現住所と異なる場合は記入（※4）	
個人番号（※2）		生年月日		都道府県	区市町村
受診者	板橋 ○□ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	本人		<input checked="" type="checkbox"/> 受診者と同じ	都道府県 区市町村
申請者	板橋 □□ 2 3 4 5	父	<input type="checkbox"/> 難病()	<input checked="" type="checkbox"/> 受診者と同じ	都道府県 区市町村
受任者	板橋 ▽▽	母 1981.7.9	<input type="checkbox"/> 難病() <input type="checkbox"/> 小慢()	<input checked="" type="checkbox"/> 受診者と同じ	都道府県 区市町村
1	板橋 ○▽	兄 2004.8.21	<input checked="" type="checkbox"/> 難病(46780049) <input type="checkbox"/> 小慢()	<input checked="" type="checkbox"/> 受診者と同じ	都道府県 区市町村
2			<input type="checkbox"/> 難病() <input type="checkbox"/> 小慢()	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ	都道府県 区市町村
3			<input type="checkbox"/> 難病() <input type="checkbox"/> 小慢()	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ	都道府県 区市町村
4			<input type="checkbox"/> 難病() <input type="checkbox"/> 小慢()	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ	都道府県 区市町村

受任者が板橋区に在住の場合は、個人番号の記入は不要です。

按分申請をする世帯員がいる場合は記入してください。国保・国保組合加入者ではないため、個人番号の記入は不要です。

父が単身赴任で遠隔地に在住、母が申請者となる場合 ※世帯構成（①～④は同じ保険）
 ①受診者（父の扶養家族）
 ②母（父の扶養家族）...申請者
 ③父（協会けんぽ加入者）...被保険者として№1の欄に記入してください。個人番号が必要です。
 ④兄（父の扶養家族、小児慢性の受給者）...№2の欄に記入してください。
 ※この場合、受任者欄は空欄になります

医療費助成制度における世帯の考え方



（参考例）国民健康保険とその他の健康保険の組み合わせによる世帯と所得の確認方法

- 下表においてアルファベットを○で囲んだ者はCの属する世帯の構成員である。
- この具体例でいう「健康保険」とは、国民健康保険以外のすべての医療保険をいう。また、「被扶養者」とは、健康保険上のそれをいう。
- 国民健康保険においては、子を含む加入者の所得確認を行う。ただし、課税証明書において控除対象扶養者と確認できる者（控除対象配偶者 等）は原則として除外する。

パターン1

保護者 ○A	健康保険の被保険者	世帯構成員は A・B・C <u>Aの所得を確認</u>
保護者 ○B	健康保険においてAの被扶養者	
患者 ○C	健康保険においてAの被扶養者	

パターン2

保護者 ○A	健康保険の被保険者	世帯構成員は A・C <u>Aの所得を確認</u>
保護者 B	Aとは別の健康保険の被保険者	
患者 ○C	健康保険においてAの被扶養者	

パターン3

保護者 ○A	国民健康保険の被保険者かつ世帯主	世帯構成員は A・B・C <u>A+B (+C)の所得を確認</u>
保護者 ○B	国民健康保険の被保険者	
患者 ○C	国民健康保険の被保険者	

パターン4

保護者 ○A	健康保険の被保険者かつ世帯主	世帯構成員は A・C <u>A (+C)の所得を確認</u>
保護者 B	健康保険の被保険者	
患者 ○C	国民健康保険の被保険者	