



(裏面)

世帯調書

○住民票上の世帯全員について記載してください。

※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は、その方も記載してください。

○生活保護受給者の方も記載してください。

| 世帯員氏名 |                  | 生年月日  | 受診者との続柄                     | 住民票が別の<br>場合に○ | 加入医療保険種別と<br>被保険者・被扶養者の別                                     | 受診者と同じ<br>保険の加入者<br>に○ |
|-------|------------------|-------|-----------------------------|----------------|--|------------------------|
| 1     | ※受診者氏名を記載してください。 | /     | 受診者本人                       |                | 〔協会健保・健保組合・共済・国保・<br>国保退職・後期高齢・国保組合・<br>その他・生保〕<br>被保険者・被扶養者 | ○                      |
| 2     |                  | 年 月 日 | 父・母・兄・弟・姉・妹<br>祖父・祖母・その他( ) |                | 〔協会健保・健保組合・共済・国保・<br>国保退職・後期高齢・国保組合・<br>その他・生保〕<br>被保険者・被扶養者 |                        |
|       | 個人番号             | -     |                             |                |  |                        |
| 3     |                  | 年 月 日 | 父・母・兄・弟・姉・妹<br>祖父・祖母・その他( ) |                | 〔協会健保・健保組合・共済・国保・<br>国保退職・後期高齢・国保組合・<br>その他・生保〕<br>被保険者・被扶養者 |                        |
|       | 個人番号             | -     |                             |                |  |                        |
| 4     |                  | 年 月 日 | 父・母・兄・弟・姉・妹<br>祖父・祖母・その他( ) |                | 〔協会健保・健保組合・共済・国保・<br>国保退職・後期高齢・国保組合・<br>その他・生保〕<br>被保険者・被扶養者 |                        |
|       | 個人番号             | -     |                             |                |  |                        |
| 5     |                  | 年 月 日 | 父・母・兄・弟・姉・妹<br>祖父・祖母・その他( ) |                | 〔協会健保・健保組合・共済・国保・<br>国保退職・後期高齢・国保組合・<br>その他・生保〕<br>被保険者・被扶養者 |                        |
|       | 個人番号             | -     |                             |                |  |                        |
| 6     |                  | 年 月 日 | 父・母・兄・弟・姉・妹<br>祖父・祖母・その他( ) |                | 〔協会健保・健保組合・共済・国保・<br>国保退職・後期高齢・国保組合・<br>その他・生保〕<br>被保険者・被扶養者 |                        |
|       | 個人番号             | -     |                             |                |  |                        |
| 7     |                  | 年 月 日 | 父・母・兄・弟・姉・妹<br>祖父・祖母・その他( ) |                | 〔協会健保・健保組合・共済・国保・<br>国保退職・後期高齢・国保組合・<br>その他・生保〕<br>被保険者・被扶養者 |                        |
|       | 個人番号             | -     |                             |                |  |                        |
| 8     |                  | 年 月 日 | 父・母・兄・弟・姉・妹<br>祖父・祖母・その他( ) |                | 〔協会健保・健保組合・共済・国保・<br>国保退職・後期高齢・国保組合・<br>その他・生保〕<br>被保険者・被扶養者 |                        |
|       | 個人番号             | -     |                             |                |  |                        |
| 9     |                  | 年 月 日 | 父・母・兄・弟・姉・妹<br>祖父・祖母・その他( ) |                | 〔協会健保・健保組合・共済・国保・<br>国保退職・後期高齢・国保組合・<br>その他・生保〕<br>被保険者・被扶養者 |                        |
|       | 個人番号             | -     |                             |                |  |                        |
| 10    |                  | 年 月 日 | 父・母・兄・弟・姉・妹<br>祖父・祖母・その他( ) |                | 〔協会健保・健保組合・共済・国保・<br>国保退職・後期高齢・国保組合・<br>その他・生保〕<br>被保険者・被扶養者 |                        |
|       | 個人番号             | -     |                             |                |  |                        |

○医療保険証の写し(コピー)を提出していただく方

| 保 険 種 別                       |  | 医療保険証のコピーを提出していただく方                       |
|-------------------------------|--|---|
| 国民健康保険(退職国保含む。)<br>国民健康保険組合   |  | 同じ国保に加入している方全員分<br>※同一市町村の国保と退職国保は同じ国保です。 |
| 被用者保険<br>(協会健保・健保組合・<br>共済 等) | 受診者が被保険者本人の場合                            | 受診者本人の分のみ                                 |
|                               | 受診者以外が被保険者となっ<br>ている場合<br>(受診者が被扶養者「家族」) | 被保険者の分および受診者の分                            |