

# 世帯調書

・住民票上の世帯全員について記入してください。

住民票が別でも、同じ医療保険に加入している方がいる場合はその方も記入が必要です。

| 氏名       | 生年月日  | 受診者からみた続柄 | 医療保険の種類<br>(該当に○)                   | 受診者と<br>同じ医療<br>保険の方<br>(該当に○) | 指定難病・小児慢性<br>特定疾病対象<br>の有無等 | 申請年の<br>1月1日<br>現在の住所<br>(該当に○) | 備考 |
|----------|-------|-----------|-------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|----|
| 受診者(児童)  | 年 月 日 | 本人        | 国保、国保組合<br>後期高齢、<br>その他(組合・<br>共済等) | ○                              |                             | 川崎市内<br>川崎市外                    |    |
| 申請者(保護者) | 年 月 日 |           | 国保、国保組合<br>後期高齢、<br>その他(組合・<br>共済等) |                                | 有(難病・小児慢性)<br>無<br>申請中( )   | 川崎市内<br>川崎市外                    |    |
|          | 個人番号  |           |                                     |                                |                             |                                 |    |
|          | 年 月 日 |           | 国保、国保組合<br>後期高齢、<br>その他(組合・<br>共済等) |                                | 有(難病・小児慢性)<br>無<br>申請中( )   | 川崎市内<br>川崎市外                    |    |
|          | 個人番号  |           |                                     |                                |                             |                                 |    |
|          | 年 月 日 |           | 国保、国保組合<br>後期高齢、<br>その他(組合・<br>共済等) |                                | 有(難病・小児慢性)<br>無<br>申請中( )   | 川崎市内<br>川崎市外                    |    |
|          | 個人番号  |           |                                     |                                |                             |                                 |    |
|          | 年 月 日 |           | 国保、国保組合<br>後期高齢、<br>その他(組合・<br>共済等) |                                | 有(難病・小児慢性)<br>無<br>申請中( )   | 川崎市内<br>川崎市外                    |    |
|          | 個人番号  |           |                                     |                                |                             |                                 |    |
|          | 年 月 日 |           | 国保、国保組合<br>後期高齢、<br>その他(組合・<br>共済等) |                                | 有(難病・小児慢性)<br>無<br>申請中( )   | 川崎市内<br>川崎市外                    |    |
|          | 個人番号  |           |                                     |                                |                             |                                 |    |

## 受診を希望する指定医療機関追加記載欄

| 受診を希望する指定<br>医療機関(薬局、訪問看<br>護事業者等を含む) | 医療機関名 | 所在地 | 電話番号 |
|---------------------------------------|-------|-----|------|
|                                       |       |     |      |
|                                       |       |     |      |
|                                       |       |     |      |
|                                       |       |     |      |
|                                       |       |     |      |

- ・この申請を行う年の1月1日に川崎市外に居住しマイナンバーの記載がない方は、1月1日に住民票があった住所地で発行する住民税課税証明書等を提出していただく場合があります。
- ・受診者(児童)が加入する健康保険が国保組合の場合はその健康保険に加入する全員分の市民税の課税状況がわかる書類の提出が必要となります。
- ・収集した個人情報は、他の目的で使用されることはありません。