

◆支給認定基準世帯員の一覧

	氏名		受診者 との続柄	【社会保険の方】 被保険者 被扶養者の別	指定難病又は小児慢性特定疾病の有無 (※2)
受診者			本人	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者 被扶養者 	<ul style="list-style-type: none"> 有 難病 (受給者番号) 無
1	(フリガナ) 氏名			<ul style="list-style-type: none"> 被保険者 被扶養者 	<ul style="list-style-type: none"> 有 1難病 (受給者番号) 2小慢 (受給者番号) 無
	生年月日	年 月 日			
	個人番号 (※3)				
	住所 (※4)				
2	(フリガナ) 氏名			<ul style="list-style-type: none"> 被保険者 被扶養者 	<ul style="list-style-type: none"> 有 1難病 (受給者番号) 2小慢 (受給者番号) 無
	生年月日	年 月 日			
	個人番号 (※3)				
	住所 (※4)				
3	(フリガナ) 氏名			<ul style="list-style-type: none"> 被保険者 被扶養者 	<ul style="list-style-type: none"> 有 1難病 (受給者番号) 2小慢 (受給者番号) 無
	生年月日	年 月 日			
	個人番号 (※3)				
	住所 (※4)				
4	(フリガナ) 氏名			<ul style="list-style-type: none"> 被保険者 被扶養者 	<ul style="list-style-type: none"> 有 1難病 (受給者番号) 2小慢 (受給者番号) 無
	生年月日	年 月 日			
	個人番号 (※3)				
	住所 (※4)				
5	(フリガナ) 氏名			<ul style="list-style-type: none"> 被保険者 被扶養者 	<ul style="list-style-type: none"> 有 1難病 (受給者番号) 2小慢 (受給者番号) 無
	生年月日	年 月 日			
	個人番号 (※3)				
	住所 (※4)				

※2 指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成受給者が有の者については、当該者の保険証の写しを添付すること。
 ※3 国民健康保険又は国民健康保険組合の場合は受診者と同じ記号・番号の医療保険に加入している者について個人番号を記入し、当該全員と受診者の保険証の写しを添付してください。社会保険の場合は被保険者についてのみ個人番号を記入し、被保険者と受診者の保険証の写しを添付してください。
 ※4 支給認定基準世帯員の住所については、表欄に記載した受診者又は保護者の住所と異なる場合のみ記入してください。