

以下の1~2の項目を記載してください。

※自己負担上限月額を決定するために必要な書類を添付の上、申請してください。(マイナンバーによる情報連携不可)
 ※記載漏れや書類不備がある場合、追加書類を提出いただく他、通常よりも受給者証の交付が遅れる可能性があります。
 ※医療保険の変更に伴う階層区分の変更の場合、様式第5号(変更届)により提出してください。

1 医療保険について

マイナポータルまたは資格確認書等を確認いただき、下記に記載してください。

保険種別	<input type="checkbox"/> 被用者保険(社会保険) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢			
保険者名 (〇〇組合、〇〇市等)				
被保険者氏名 (患者との続柄)	氏名			続柄

2 支給認定基準世帯員について

支給認定基準世帯員(受診者(患者)と同じ医療保険(記号番号も同じ)に加入する16歳以上の方)について、漏れなく記載してください。
 なお、今回、支給認定基準世帯員から外れた方がある場合は、当該世帯員について記載のうえ、斜線を引いてください。

	フリガナ		変更の有無	続柄	生年月日		現住所 (受診者住所と異なる場合のみ 郵便番号、県・市区町村名まで記載) ※受給者住所と同じ場合はチェックのみ	
	氏名				※16歳未満かどうか			
記載例	①受診者	ヒョウゴ ハナコ 兵庫 花子	/	本人	大正・昭和 平成・令和	〇年〇月〇日	〒 現住所:〇〇〇	受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	②氏名	ヒョウゴ タロウ 兵庫 太郎			・変更なし ・追加 ・削除	父	大正・昭和 平成・令和	〇年〇月〇日
支給認定基準世帯員	カナ ①受診者	/	/	本人	大正・昭和 平成・令和	年 月 日	〒 現住所:	受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	カナ ②氏名	/	・変更なし ・追加 ・削除		大正・昭和 平成・令和	年 月 日	〒 現住所:	受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	カナ ③氏名	/	・変更なし ・追加 ・削除		大正・昭和 平成・令和	年 月 日	〒 現住所:	受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	カナ ④氏名	/	・変更なし ・追加 ・削除		大正・昭和 平成・令和	年 月 日	〒 現住所:	受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	カナ ⑤氏名	/	・変更なし ・追加 ・削除		大正・昭和 平成・令和	年 月 日	〒 現住所:	受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>

※ 社会保険(健康保険組合、共済組合、全国健康保険協会等)にご加入の場合は、受給者と被保険者の方について、記載してください。

※ 国民健康保険組合(業種別国保)にご加入の場合は、受給者と同じ医療保険(記号番号も同じ)に加入する方全員(16歳未満の方も含む)を記載してください。