

以下の1~2の項目を記載してください。

1 医療保険について

マイナポータルまたは資格確認書(資格確認のお知らせ)を確認いただき、下記に記載してください。

保険種別	被用者保険(社会保険)・国民健康保険・国民健康保険組合・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	昭和 ○年 ○月 ○日	16歳未満の場合チェック <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	
支給認定基準世帯員	①受診者	/	/	本人	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	カナ	/	/		大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	②氏名	/	・変更なし ・追加 ・削除		大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	カナ	/	・変更なし ・追加 ・削除		大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	③氏名	/	・変更なし ・追加 ・削除		大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
カナ	/	・変更なし ・追加 ・削除		大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>	
④氏名	/	・変更なし ・追加 ・削除		大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>	
カナ	/	・変更なし ・追加 ・削除		大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>	
⑤氏名	/	・変更なし ・追加 ・削除		大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>	
カナ	/	・変更なし ・追加 ・削除		大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 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。