第１号様式(第６条関係)

世帯調書

※　受診者と同じ医療保険に加入している方をご記入ください。

	世帯員氏名	受診者との続柄	生年月日	１月１日現在の住所所在地（※１）
受診者	(受診者氏名) (個人番号)(※2)	本人	年　月　日	・現住所と同じ。 ・現住所以外 都・道 府・県　区・市 町・村
申請者	(氏名) (個人番号)		年　月　日	・現住所と同じ。 ・現住所以外 都・道 府・県　区・市 町・村
1	(氏名) (個人番号)		年　月　日	・現住所と同じ。 ・現住所以外 都・道 府・県　区・市 町・村
2	(氏名) (個人番号)		年　月　日	・現住所と同じ。 ・現住所以外 都・道 府・県　区・市 町・村
3	(氏名) (個人番号)		年　月　日	・現住所と同じ。 ・現住所以外 都・道 府・県　区・市 町・村
4	(氏名) (個人番号)		年　月　日	・現住所と同じ。 ・現住所以外 都・道 府・県　区・市 町・村
5	(氏名) (個人番号)		年　月　日	・現住所と同じ。 ・現住所以外 都・道 府・県　区・市 町・村
6	(氏名) (個人番号)		年　月　日	・現住所と同じ。 ・現住所以外 都・道 府・県　区・市 町・村

※　申請者が受診者とは別の医療保険に加入している場合は、下の欄に記入してください。

申請者	(氏名) (個人番号)		年　月　日	・現住所と同じ。 ・現住所以外 都・道 府・県　区・市 町・村

※１・・・１月から６月までに申請する場合は前年の１月１日時点、７月から12月までに申請する場合は申請する年の１月１日時点の住所があった区市町村を記載してください。ただし、生活保護等を受給している方は、当該生活保護等を実施している区市町村等を記載してください。

※２・・・行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に規定される個人番号（12桁）を記載してください。