

(第6条関係)

世 帯 調 書

申請者住所				氏 名			
患者の属する世帯構成	氏 名	続 柄	生 年 月 日	職 業 (勤務先等)	市町村民税 所得割額	※確認欄	
		本 人	T H S R . .		円		
			T H S R . .		円		
			T H S R . .		円		
			T H S R . .		円		
			T H S R . .		円		
			T H S R . .		円		
			T H S R . .		円		
世帯外扶養義務者			T H S R . .		円		
	住 所						
			T H S R . .		円		
	住 所						
※保健所使用欄	自己負担額	月額		円	市町村民税 所得割合計額	円	
	摘要						

注意

- 1 世帯構成欄には患者の世帯構成員全員を記載してください。
- 2 続柄は、患者本人から見た続柄を記載してください。
- 3 世帯外扶養義務者とは、住所は別であるが患者本人と生計を一にしている、患者の配偶者及び3親等以内の直系血族並びに兄弟姉妹をいいます。(兄弟姉妹の配偶者、甥姪、祖母祖父、配偶者の両親や兄弟姉妹は含みません。)
- 4 職業欄は、できるだけ具体的に書いてください。
- 5 患者様の保険証のコピーを添付してください。
- 6 ※印のある欄は、記載しないでください。