

(注3) 研究利用の際には主治医を介して説明が行われ、改めて同意の有無を確認いたします。研究結果は公表されますが個人が特定されるような情報は公開されません。詳細は申請のご案内をご覧ください。上記に同意しなくても、医療費支給認定の可否に影響はありません。

裏面も必ず御記載ください⇒

(裏面)

世帯調書											
(注4) 医療費算定対象世帯員には、受診者と同じ医療保険に加入している方を全員記入してください。 (注5) 医療費支給認定基準世帯員には、社会保険加入の場合は「被保険者のみ」、国民健康保険・国民健康保険組合加入の場合は同じ保険の「世帯員全員」を記入してください。 (注6) 受診者や医療費算定対象世帯員に指定難病や小児慢性特定疾病の受給者がいる場合は、自己負担上限月額の特例が受けられる可能性があります。該当する場合は☑を付け、下段に受給者番号を記入し、受給者証（認定前の方は申請書）の写しを御提出ください。 (注7) 市区町村欄について ⇒ 1月～6月に申請する方は、申請する年の前年の1月1日に住民票のある市区町村を記入してください。 ⇒ 7月～12月に申請する方は、申請する年の1月1日に住民票のある市区町村を記入してください。											
記入対象者		氏 名		受診者との続柄	生年月日	加入医療保険		指定難病及び小児慢性特定疾病の有無 (注6)	市区町村 1月1日 現在の居住地 (注7)		
		個人番号(過去に提出済みの場合、変更なければ記入不要です。)				保険種別	本人・家族	受給者番号			
受診者				本人	—	—	—	☐ 指定難病 (今回申請する疾病以外)	市・区 町・村		
医療費算定対象世帯員(注4)	(注5) 医療費支給認定基準世帯員				年 月 日		☐ 本人 ☐ 家族	☐ 指定難病 ☐ 小児慢性特定疾病	市・区 町・村		
					(満 歳)						
					年 月 日		☐ 本人 ☐ 家族	☐ 指定難病 ☐ 小児慢性特定疾病	市・区 町・村		
					(満 歳)						
					年 月 日		☐ 本人 ☐ 家族	☐ 指定難病 ☐ 小児慢性特定疾病	市・区 町・村		
					(満 歳)						
					年 月 日		☐ 本人 ☐ 家族	☐ 指定難病 ☐ 小児慢性特定疾病	市・区 町・村		
					(満 歳)						
	(個人番号の記入は不要です。)				年 月 日		☐ 本人 ☐ 家族	☐ 指定難病 ☐ 小児慢性特定疾病	市・区 町・村		
					(満 歳)						
					年 月 日		☐ 本人 ☐ 家族	☐ 指定難病 ☐ 小児慢性特定疾病			
					(満 歳)						
					年 月 日		☐ 本人 ☐ 家族	☐ 指定難病 ☐ 小児慢性特定疾病			
					(満 歳)						
					年 月 日		☐ 本人 ☐ 家族	☐ 指定難病 ☐ 小児慢性特定疾病			
					(満 歳)						

保健所記入欄	確認日	【番号確認】いずれか1点	【身元確認】いずれか1点
	確認者	☐ マイナンバーカード ☐ 個人番号付き住民票 ☐ 通知カード(氏名・住所が住民票と一致しているもの) ※ 代理人の場合は写しの提示で可	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証又は運転経歴証明書 ☐ パスポート ☐ 障害者手帳 ☐ 在留カード又は特別永住者証明書 ☐ その他官公署発行の写真付き証明書 ()
	【提出方法】 ☐ 来所 ☐ 郵送 (開始日不記載の場合) 保健所記載希望 確認日		【身元確認】いずれか2点 ☐ 資格確認書 ☐ 年金手帳 ☐ 住民票 ☐ 母子健康手帳 ☐ 児童扶養手当証書又は特別児童扶養手当証書 ☐ 医療受給者証 ☐ 社員証・学生証 ☐ 印鑑登録証明書 ☐ その他官公署発行の写真無し証明書 ()
	階層区分	生保 低Ⅰ 低Ⅱ 一般Ⅰ 一般Ⅱ 上位 (☐ 同意 (課税証明書なし))	