

フリガナ 氏名	続柄	生年月日	変更	個人番号	医療保険 の種別	本人 被扶養者	難病・小 慢の受給 有の場合	受給者番号
	本人	年 月 日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除		<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除		<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除		<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除		<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除		<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除		<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	

※受給者と同じ公的医療保険に加入している方（以下、支給認定基準世帯員）について、以下のとおり記入してください。

- ①受給者が国保の場合は国保に加入している全員について記入してください。
- ②受給者が被用者保険の場合は受給者と保険加入者について記入してください。

※以下に該当する場合に本様式を提出してください。

- ①新規申請をする場合
- ②更新・変更申請をする場合（新規又は更新申請時に提出された方で、その後の更新又は変更申請時に記載内容の変更がない場合は添付を省略できます。）
- ③受給者及び支給認定基準世帯員の個人番号が変更になった場合
- ④加入医療保険の変更に伴う階層区分等の変更申請をする場合で、新たに支給認定基準世帯員の所得の書類が必要となった場合

※変更欄は、新たに支給認定基準世帯員が増えた場合は「追加」に、支給認定基準世帯員が減った場合は「削除」にそれぞれを記入してください。

※個人番号欄は、一度記載した方については、個人番号が変更にならない限り記載不要です。

※保健所記入欄

個人番号確認	身分確認