

世帯調書 兼 同意書

年 月 日

申請者(患者)住所

氏名

電話番号

1.裏面の者が私(対象者)と住所を同じくする世帯全員及び私と生計を一にする絶対的扶養義務者(直系血族及び兄弟姉妹)です。

2. 私及び下記の者は、直近年度の市町村民税の課税年額(所得割)に関する情報を保健所が個人番号(※1)を利用して取得することについて

- 同意します。 ⇒ 同意する本人それぞれが裏面に署名してください。(※2)
- 同意しません。
⇒ 市町村民税の課税年額(所得割)を証明するものを提出してください。(※3)

3. 私は、加入している公的医療保険給付の支給に関する情報を保健所が個人番号(※1)を利用して取得することについて

- 同意します。 ⇒ 同意する本人が裏面に署名してください。
- 同意しません。
⇒以下の何れかの提示または写しの提出をしてください。
①健康保険証
②医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」
③マイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」

4. 私及び私と住所を同じくする世帯全員は、住民基本台帳に関する情報を保健所が個人番号(※1)を利用して取得することについて

- 同意します。 ⇒ 同意する本人が裏面に署名してください。(※2)
- 同意しません。 ⇒ 世帯全員が記載された住民票の提出が必要です。(※3)

※1 個人番号とは、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(平成25年法律第27号)第2条第5項に基づき国民に付与された番号を意味します。

※2 個人番号を利用して、必要な情報の確認ができない場合は、改めて紙での必要書類の提出を保健所よりお願いする場合があります。

※3 各項目について、同意しない場合は、様式13号(別紙)をご確認ください。

生活保護受給者の場合は、様式13号(別紙)をご確認ください。

患者と住所を同じくする世帯全員

患者と住所を同じくする世帯全員	氏名(自署) (18歳未満は代筆可)	続柄	生年月日	職業	添付書類 を紙で 提出	※市町村 民税 の所得割 額	※確認
		本人				<input type="checkbox"/>	
	個人番号					<input type="checkbox"/>	
	個人番号					<input type="checkbox"/>	
	個人番号					<input type="checkbox"/>	
	個人番号					<input type="checkbox"/>	
	個人番号					<input type="checkbox"/>	
	個人番号					<input type="checkbox"/>	
	個人番号					<input type="checkbox"/>	
	個人番号					<input type="checkbox"/>	
	個人番号					<input type="checkbox"/>	
	個人番号					<input type="checkbox"/>	

住所を異にする患者の配偶者及び生計を一にする直系血族並びに兄弟姉妹

氏名	住所	続柄	生年月日	職業	添付書類 を紙で 提出	※市町村 民税 の所得割 額	※確認
					<input type="checkbox"/>		
個人番号					<input type="checkbox"/>		
個人番号					<input type="checkbox"/>		
※摘要							

<記載要領>

- 1 太線内のみ記入してください。
- 2 「続柄」欄は、患者本人から見た続柄です。
- 3 「職業」欄は、できるだけ具体的に記載してください。
- 4 ※印の欄内は記載しないでください。

<個人番号の利用に同意する場合>

窓口で本人、同意のある世帯員及び絶対的扶養義務者の個人番号の確認を行いますので、「番号確認書類」と「本人確認書類」を保健所へご持参ください。

【番号確認書類】 以下のうち、1種類

- マイナンバーカード ●通知カード ●個人番号が記載された住民票の写し

【本人確認書類】

以下のうち、1種類

- マイナンバーカード ●運転免許証
●官公署発行、発給の書類(顔写真、氏名及び生年月日または住所の記載があるもの)

上記、確認書類が困難である場合

以下のうち、2種類

- 公的医療保険の証明 ●年金手帳 ●官公署発行、発給の書類(氏名及び住所の記載があるもの)

<個人番号の利用に同意しない場合>

以下の必要書類をご準備ください。

- 1 患者と同一住所の全員の住民票(続柄の記載されているもの)
- 2 健康保険証または以下①から③の何れかの提示または写しの提出
 - ①医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」
 - ②医療保険の保険者から交付された「資格確認書」
 - ③マイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」
- 3 世帯調書に記載されている方で、所得のある患者本人並びに患者の配偶者、直系血族及び兄弟姉妹の方は、下記の市町村民税の課税年額(所得割)を証明する書類を添付してください。

なお、入院のあった月の属する年度(当該入院のあった月が4月から6月までの場合にあっては、前年度)分の所得割の額の確定額を証明する書類を添付してください。

【市町村民税の課税年額(所得割)を証明する書類(以下のいずれかをご準備ください。)]

- (1)市町村民税・県民税特別徴収税額通知書(会社などに勤務している方、勤務先から配付されます。)
- (2)市町村民税・県民税税額決定・納税通知書(自営業の方、お住まいの市町村から配付されます。)
- (3)市町村民税・県民税課税(非課税)証明書(お住まいの市町村役場等で発行できます。)

※1 平成22年度税制改正における年少扶養控除廃止、16～18歳までの特定扶養控除の上乗せ部分廃止の影響を受ける場合は、税制改正前の旧所得税額を見込み計算し、患者の一部自己負担額を算定します。

※2 平成30年1月1日に指定都市に住所を有していた方について、平成29年度税制改正における道府県から指定都市への個人住民税所得割税率2%相当分の税源移譲の影響を受ける場合は、課税証明書上記(3)により税制改正前の旧所得税を確認し、患者の一部自己負担額を算定します。

<生活保護受給者>

生活保護の適用を受けている方は、社会福祉事務所等の発行する「受給証明書」の書類のみ添付してください。

この場合、前記の「世帯調書兼同意書」、「患者と同一住所の者全員の住民票」及び「市町村民税の課税年額(所得割)を証明する書類」の添付は必要ありません。