

世帯調書

※下記太枠部分（A欄）のみご記入願います。

世帯内で国民健康保険に加入している方全員を記入してください。

氏名の下に個人番号（マイナンバー）を記入してください。

A欄（申請者記載）				B欄（担当課記載）			
本 人	住所〒			市区町村民税（年度）			
	氏名 個人番号	続柄	生年月日	所得の有無	所得の種類 <small>外国税・配当控除・住控・（ ）</small>	所得割（扶養控除 廃止前算出額）	均等割
		本人		有・無	給・営・農・他 円	, 円	有・無
国 保 加 入 者				有・無	給・営・農・他 円	, 円	有・無
				有・無	給・営・農・他 円	, 円	有・無
				有・無	給・営・農・他 円	, 円	有・無
				有・無	給・営・農・他 円	, 円	有・無
				有・無	給・営・農・他 円	, 円	有・無
				有・無	給・営・農・他 円	, 円	有・無
				有・無	給・営・農・他 円	, 円	有・無
				所得割計			

C欄（担当課記載）			
【新規・再認定】受診者氏名	受給番号	交付番号	
指定医療機関名	長野赤十字・内田矯正歯科・たけうち矯正歯科・長野県立こども・信大医学部附属・その他（ ）		
認定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
重度かつ継続 （該当の場合障害の種類に）	非該当 ・ 該当	<ul style="list-style-type: none"> 心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法）・腎臓機能障害 小腸機能障害・肝臓機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法） 免疫機能障害・高額な費用負担が継続 	国保以外・国保
所得区分	生保・低1・低2・中間1・ 中間2・一定以上	自己負担上限額	円
	受診者の属する世帯の所得区分		自己負担上限額 <small>（重度かつ継続）</small>
	生保	生活保護法による被保護世帯	0
	低1	市民税非課税 保護者の年収がいずれも80万円以下	2,500
	低2	市民税非課税 保護者の年収が80万円を超える	5,000
	中間1	市民税課税 所得割額が33,000円未満	5,000
	中間2	市民税課税 所得割額が33,000円以上235,000円未満	10,000
	一定以上	市民税課税 所得割額が235,000円以上	対象外

※「世帯」は、同一の医療保険に加入している家族の範囲

※「世帯の所得」は、当該「世帯」における医療保険料の算定対象となっている者の所得を確認

国保以外…被保険者の所得 国保…「世帯」内の被保険者全員の所得