

# 世帯調書

患者本人と同じ住民票上の世帯全員について（住民票が別でも同じ医療保険に加入している場合を含む）記入してください。

	世帯員氏名	続柄	生年月日	年齢	医療保険の種別 ※1	被保険者・被扶養者の別（被用者保険に限る）※1
患者の属する住民票上の世帯の構成	(患者氏名)	患者本人	明・大・昭・平 年 月 日	歳	国保・後期高齢・被用者	被保険者・被扶養者
		患者の	明・大・昭・平 年 月 日	歳	国保・後期高齢・被用者	被保険者・被扶養者
		患者の	明・大・昭・平 年 月 日	歳	国保・後期高齢・被用者	被保険者・被扶養者
		患者の	明・大・昭・平 年 月 日	歳	国保・後期高齢・被用者	被保険者・被扶養者
		患者の	明・大・昭・平 年 月 日	歳	国保・後期高齢・被用者	被保険者・被扶養者
		患者の	明・大・昭・平 年 月 日	歳	国保・後期高齢・被用者	被保険者・被扶養者
住民票上の世帯が別の被保険者		患者の	明・大・昭・平 年 月 日	歳	国保・後期高齢・被用者	被保険者・被扶養者
		患者の	明・大・昭・平 年 月 日	歳	国保・後期高齢・被用者	被保険者・被扶養者
		患者の	明・大・昭・平 年 月 日	歳	国保・後期高齢・被用者	被保険者・被扶養者

※1 該当するものを○で囲んでください。