

# 〔指定難病用〕

## 支給認定基準世帯員記載用紙

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保健所

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）

氏名	受診者との続柄	個人番号（マイナンバー）	※確認欄
	本人		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

※個人番号とは、通称マイナンバー番号です  
 ※確認欄は、保健所で記入します。

### ＜上記世帯員が市町村民税非課税の方のみ記入＞

①	受診者（受給者が18歳未満の場合は保護者）の難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第8条各号に掲げる給付（障害年金、遺族年金等）の受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
②	（①で「有」にレ印を付けた場合に記入すること） ①の給付（平成30年1月1日から平成30年12月31日までの分）の合計額	<input type="checkbox"/> 80万円を超える <input type="checkbox"/> 80万円以下
③	（②で「80万円以下」にレ印を付けた場合、その額を記入すること）	年 額 円

※③+合計所得金額（公的年金にかかる雑所得を除く）が、80万円を超える場合、B2（低所得Ⅱ）となります。

### ＜難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第8条各号に掲げる給付＞

①障害基礎年金	②遺族基礎年金	③寡婦年金	④障害年金
⑤障害厚生年金	⑥障害手当金	⑦遺族厚生年金	⑧障害一時金
⑨障害共済年金	⑩遺族共済年金	⑪特例年金給付のうち障害を支給事由とするもの	
⑫特別障害給付金	⑬障害補償給付・障害給付	⑭労災・公災による障害補償給付等	
⑮特別児童扶養手当	⑯障害児福祉手当	⑰特別障害者手当	⑱福祉手当

裏面の記入例を参照して記入してください。

# 〔指定難病用〕

## 支給認定基準世帯員記載用紙（記入例）

受給者番号 

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

〇〇 保健所

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）

氏名	受診者との続柄	個人番号（マイナンバー）												※確認欄
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
秋田 太郎	本人	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	<input type="checkbox"/>
秋田 花子	妻	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	<input type="checkbox"/>
														<input type="checkbox"/>
														<input type="checkbox"/>

### ＜支給認定基準世帯員とは：受診者と同じ保険に加入する方＞

- ① 受診者が国民健康保険（又は国民健康保険組合）に加入している場合  
→ 世帯内で国民健康保険（又は国民健康保険組合）に加入している方全員
- ② 受診者が後期高齢者医療制度に加入している場合  
→ 世帯内で後期高齢者医療制度に加入している方全員
- ③ 受診者が被用者保険（健康保険組合、協会けんぽ等）に加入している場合  
→ 被保険者本人（代表者）と受診者本人  
※（指定難病のみ）受診者が18歳未満の場合は、受診者本人と保護者（父母両方）
- ④ 受診者が（医療保険に加入していない）生活保護世帯の場合  
→ 受診者本人

### ＜マイナンバーについて（毎年、マイナンバーの確認が必要になりました。）＞

- ・ 確認のため、上記全員分の「マイナンバーカード」または「通知カード」をお持ちください。
- ※「通知カード」の場合、本人確認のため、運転免許証等の身分証明書をお持ちください。

### ＜上記世帯員が市町村民税非課税の方のみ記入＞（記入例）

①	受診者（受給者が18歳未満の場合は保護者）の難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第8条各号に掲げる給付（障害年金、遺族年金等）の受給の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
②	(①で「有」にレ印を付けた場合に記入すること) ①の給付（平成30年1月1日から平成30年12月31日までの分）の合計額	<input type="checkbox"/> 80万円を超える <input checked="" type="checkbox"/> 80万円以下
③	(②で「80万円以下」にレ印を付けた場合、その額を記入すること)	年 <span style="color: red;">(例)</span> 額 <span style="color: red;">584,500</span> 円

※③+合計所得金額（公的年金にかかる雑所得を除く）が、80万円を超える場合、B2（低所得Ⅱ）となります。