



## 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31年1月1日から令和元年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（例） 額 584,500 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。