

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		☐
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐

※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	☐ 有 ・ ☐ 無
②	（①で「有」にレ印を付けた場合に記入すること） ①の給付の合計額（※）	☐ 82万6千5百円を超える ☐ 82万6千5百円以下
③	（②で「82万6千5百円以下」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、82万6千5百円を超える場合、B2（低所得Ⅱ）となります。
※指定難病を受ける日の属する月が1月から6月の場合は前々年の給付額、7月以降の場合は前年の給付額を確認します。

＜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。

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
秋田 太郎	本 人		☐
秋田 花子	妻		☐
			☐
			☐

＜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

＜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	☒ 有 ・ ☐ 無
②	（①で「有」にレ印を付けた場合に記入すること） <u>①の給付の合計額（※）</u>	☐ 82万6千5百円を超える ☒ 82万6千5百円以下
③	（②で「82万6千5百円以下」にレ印を付けた場合、その額を記入すること）	年 額 <u>（例）584,500</u> 円

③＋合計所得金額（公的年金にかかる雑所得を除く）が、82万6千5百円を超える場合、B2（低所得Ⅱ）となります。

※指定難病を受ける日の属する月が1月から6月の場合は前々年の給付額、7月以降の場合は前年の給付額を確認します。