

世帯調書兼同意書

1. 申請者(患者)が属する住民票上の同一世帯員は下表のとおりです。(全員の氏名・続柄を下記に記載してください。)

2. 世帯全員の直近年度の地方税関係情報を知事が取得することについて、

- 希望(同意)します。→世帯全員がそれぞれ下記に署名し、マイナンバーを記載してください。
ただし、マイナンバーを用いた情報連携が実施できない場合は、書類の提出を依頼することがあります。
- 希望(同意)しません。→世帯全員分の市町民税所得課税証明書(原本)の提出が必要です。
○月額負担額を決定するためには、患者世帯全員の前年度所得に対する課税状況を証明する書類が必要になります。
世帯の市町民税所得割合算額225,000円未満、階層区分「ア」の負担上限額1,500円。

○ (例)

本人・妻・長男(大学生アルバイト収入あり)・
次男(高校生収入無し)・母
の5人世帯で、扶養関係にない母(高収入)の
市町村民税合算対象からの除外を希望する場合

上・
保険

省略
。

を

3. 医療保険の支給に関する情報を知事が取得することについて、

- 希望(同意)します。→該当者それぞれが下記に署名し、マイナンバーを記載してください。
ただし、マイナンバーを用いた情報連携が実施できない場合は、資料等の提出を依頼することがあります。
- 希望(同意)しません。→該当者について、以下のいずれかの資料等の提出が必要です。

【医療保険の支給に関する情報を確認できる資料等】

- ①健康保険証の写し(令和7年12月1日までは、これまで使用していた保険証が使用できません。)
- ②保険者から発行される「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」
- ③マイナポータルからアクセスできる医療保険の「資格情報画面」(あらかじめマイナポータルからダウンロードした医療保険の資格情報のPDFファイルを表示した画面を含む)

ふりがな 氏名 <small>上記2・3の情報照会を希望する方は 自署(中学生以下は代筆可)</small>	続柄	学生等 (収入がない場合に 限る)	合算除外 希望者	上記2・3の情報照会を希望する方のみ記載												市町民税 (所得割) 課税年額	保健所確認欄		
				個人番号(マイナンバー)															
				医療保険の種別												情報照会 を希望する 項目			
えひめ たろう 愛媛 太郎	本人	<input type="checkbox"/>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	課税 <input checked="" type="checkbox"/>	国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input checked="" type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/>	保険 <input checked="" type="checkbox"/>	
はなこ 花子	妻	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	課税 <input checked="" type="checkbox"/>	国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input checked="" type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> <small>※市町村民税合算対象からの除外を希望しない場合は、保険情報のチェックは不要です。</small>	保険 <input checked="" type="checkbox"/>	
いちろう 一郎	長男	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	課税 <input checked="" type="checkbox"/>	国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> <small>※市町村民税合算対象からの除外を希望しない場合は、保険情報のチェックは不要です。</small>	保険 <input type="checkbox"/>	
じろう 二郎	次男	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													課税 <input type="checkbox"/>	国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> <small>※市町村民税合算対象からの除外を希望しない場合は、保険情報のチェックは不要です。</small>	保険 <input type="checkbox"/>	
まつやま うめこ 松山 梅子	母	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	課税 <input checked="" type="checkbox"/>	国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input checked="" type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> <small>※市町村民税合算対象からの除外を希望しない場合は、保険情報のチェックは不要です。</small>	保険 <input checked="" type="checkbox"/>	

世帯の市町村民税(所得割)課税年額	階層区分 (甲 ・ 乙)
-------------------	----------------

申請者 (又は代理人※代理申請は 来所申請の場合のみ) の本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 顔写真付き身分証明書 <small>(運転免許証・パスポート・その他)</small> <input type="checkbox"/> 顔写真のない身分証明書 ※2つ必要	申請者 及び世帯員 の番号確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 個人番号付きの住民票 <input type="checkbox"/> 通知カード(氏名、住所等の記載事項に変更がないものに限る)
--	---	-----------------------	---