

(裏面)

○世帯調書 (受診者本人も記載してください。)

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)について記載してください。

※9 個人番号は、世帯調書に記載する方全員を記入してください。

※10 年末調整や確定申告をした方も申告「有」に該当します。なお、申告が必要なのは世帯員のうち市町村民税所得課税証明書の提出が必要な方(個人番号を提出することにより市町村民税所得課税証明書を省略できる方を含む)です。

※11 記入する住所所在地…新規申請:1月から6月の申請-前年の1月1日在住の市区町村
7月から12月の申請-当年の1月1日在住の市区町村
更新申請:当年の1月1日在住の市区町村

支給認定基準世帯員氏名 個人番号(※9)	受診者との続柄	年齢	医療保険の種別 (該当するものに○)	市町村民税の申告 (※10)	受給資格の有無		1月1日現在の住所所在地(※11) (現住所と異なる場合のみ記入)	保健所使用欄 課税年額
					特定医療費	小児慢性特定疾病		
受診者本人		▲▲	国保・国組・高齡被(本人)・被(家族)生保	有・無		有	都道府県 市区町村	※保健所使用欄のため記入しないでください。
			国保・国組・高齡被(本人)・被(家族)生保	有・無	有・無	有・無	市区町村	
			被(本人)・被(家族)生保	有・無	有・無	有・無	市区町村	
			国保・国組・高齡被(本人)・被(家族)生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・高齡被(本人)・被(家族)生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
<p>・受診者本人が、「国保」「国組」「高齡」「生保」の場合は、受診者と同じ医療保険に加入している方全員を記入してください。</p> <p>・受診者本人が、「被用者」保険に加入している場合は、被保険者の方のみ記入してください。</p>								
合計課税年額								
決定階層								

○非課税収入申告書

受診者(受診者が18歳未満の場合は、保護者のうち最も収入が多い方)の収入金額について記入してください。なお、下の表に記入されているもの以外の収入(例)老齡年金、恩給)については記入する必要はありません。

下記の収入の有無	有(以下、該当するものに○印を付してください) ・ 無	収入金額(※12)
1 年金	障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、寡婦年金、法改正前の各法律に基づく障害年金	年額 ▲▲▲,▲▲▲ 円
2 手当金	福祉手当、障害手当金、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当	年額 0 円
3 その他	障害一時金、特別障害給付金、労災・公務災害による障害補償給付等、障害給付、障害補償、障害による特別年金給付	年額 0 円

※12 記入する収入金額…新規申請:1月から6月の申請-前々年(1月から12月まで)の収入金額
7月から12月の申請-前年(1月から12月まで)の収入金額
更新申請:前年(1月から12月まで)の収入金額を記載してください。

該当がない場合は「0円」と記入

保健所使用欄	
<個人番号確認> 来庁者	確認者
<input type="checkbox"/> マトリックホルダー「資格情報画面」 <input type="checkbox"/> 資格確認書	

受診者住所以外の宛先に受給者証の送付を希望される場合は、

【保健種別】

- 1 国保……………国民健康保険
- 2 国組……………国民健康保険組合
- 3 高齡……………三重県後期高齡者医療広域連合
- 4 被用者(本人)……組合管掌健康保険(〇〇健康保険組合)、全国健康保険協会管掌健康保険(全国健康保険協会〇〇支部)、船員保険、国家公務員共済組合、地方職員共済組合、私立学校教職員共済組合 等
- 5 被用者(家族)……上記4の被用者(本人)の被扶養者
- 6 生保……………生活保護