

# 世帯調書

	氏名	続柄	生年月日 (年齢)	受診者と同じ 医療保険 加入者(1)	備考
					マイナンバー法における個人番号(2)
受診者と同じ住民票の全世帯員	(受診者氏名)	本人	H . . 年齢( )	/	
		本人の	S H . . 年齢( )		
		本人の	S H . . 年齢( )		
		本人の	S H . . 年齢( )		
		本人の	S H . . 年齢( )		
		本人の	S H . . 年齢( )		
		本人の	S H . . 年齢( )		
受診者と同じ医療保険に加入する 上記以外の者		本人の	S H . . 年齢( )		
	(住所) 〒 [ ][ ] - [ ][ ][ ]				

【記載上の注意】

**1 「受診者と同じ医療保険加入者」とは**

- \* 国民健康保険(大阪市、業種別)の場合、受診者と同一の保険に加入している方**全員**です。
- \* 被用者保険(全国健康保険協会、組管管掌、共済)の場合、**被保険者のみ**です。

**該当する方にチェックを付けてください。**

なお、チェックを入れた方について、当該年の1月1日現在(1~5月は前年の1月1日現在)、大阪市内に居住していない場合、1月1日現在の住所を「備考」欄に記入してください。

**2 「マイナンバー法における個人番号」とは**

- \* 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第2条第5項に規定する個人番号です。

**受診者及び 1の「受診者と同じ医療保険加入者」としてチェックを入れた方のマイナンバー法における個人番号を記載してください。**

保健福祉センター確認欄