第１１号様式の３（第８条、第９条、第10条関係）

※この書類は、同一医療保険加入者の情報及び住民票上の住所を申告するためのものです。

受領印欄

年　月　日

個人番号に係る世帯調書
（精神通院）

受診者本人	氏名		生年月日	年　月　日
	１月１日の住民票上の住所※１	□←申請書記載の住所と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。 〒		

受診者本人と同じ医療保険の加入者※２（一人目）	氏名		生年月日	年　月　日
	１月１日の住民票上の住所※１	□←上記（受診者本人の１月１日の住民票上の住所）と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。 〒		
	個人番号			
受診者本人と同じ医療保険の加入者※２（二人目）	氏名		生年月日	年　月　日
	１月１日の住民票上の住所※１	□←上記（受診者本人の１月１日の住民票上の住所）と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。 〒		
	個人番号			
受診者本人と同じ医療保険の加入者※２（三人目）	氏名		生年月日	年　月　日
	１月１日の住民票上の住所※１	□←上記（受診者本人の１月１日の住民票上の住所）と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。 〒		
	個人番号			
受診者本人と同じ医療保険の加入者※２（四人目）	氏名		生年月日	年　月　日
	１月１日の住民票上の住所※１	□←上記（受診者本人の１月１日の住民票上の住所）と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。 〒		
	個人番号			
受診者本人と同じ医療保険の加入者※２（五人目）	氏名		生年月日	年　月　日
	１月１日の住民票上の住所※１	□←上記（受診者本人の１月１日の住民票上の住所）と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。 〒		
	個人番号			

※１　「１月１日の住民票上の住所」欄には、４月から６月までに申請する場合は前年度の１月１日、７月から翌年３月までに申請する場合は申請年度の１月１日時点の住所を記入してください。

※２　国民健康保険及び後期高齢者医療以外の保険に加入している場合は、被保険者のみを記入してください。