

(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月の申請一前年の1月1日在住の市区町村
7月から12月の申請一当年の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

Table with columns: 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, 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), 保健所使用欄 課税年額. Includes a large blue box with instructions: ※保健所使用欄のため記入しないでください.

○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)老齢年金、恩給)については記入する必要はありません。

Table with 3 columns: 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). Rows include 年金, 手当金, その他.

※12 記入する収入金額…新規申請:1月から6月の申請一前々年(1月から12月まで)の収入金額
7月から12月の申請一前年(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 section with fields for 個人番号確認, 確認者, and checkboxes for マイフホータル「資格情報画面」 and 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 高齢.....三重県後期高齢者医療広域連合
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