



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	①氏名：	続柄	【市民税非課税の方のみ記入ください(※1)】
	個人番号		年金・手当の種類 ( ) 収入(年収)額 _____ 円
	②氏名：	続柄	【市民税非課税の方のみ記入ください(※1)】
	個人番号		年金・手当の種類 ( ) 収入(年収)額 _____ 円
③氏名：	続柄	【市民税非課税の方のみ記入ください(※1)】	
個人番号		年金・手当の種類 ( ) 収入(年収)額 _____ 円	
④氏名：	続柄	【市民税非課税の方のみ記入ください(※1)】	
個人番号		年金・手当の種類 ( ) 収入(年収)額 _____ 円	

- ※1・・・障害年金・遺族年金・寡婦年金・特別障害者手当・障害児手当・  
 経過的福祉 手当・特別児童扶養手当を受給されている方は、  
 年金・手当の種類及び年収額を記入ください。  
 受給していない方は、収入額欄に0円と記入ください。
- ※2・・・市町村民税が未申告の方(15歳以下及び高校生を除く)は、  
 必ず市町村民税の申告をお願いします。
- ※3・・・①国民健康保険組合の保険証を使用する場合、②健康保険組合・  
 共済組合・全国健康保険協会の保険証を使用する場合で被保険者が  
 非課税の場合は、市県民税の課税証明書が必要な場合があります。