

太枠内は必ず記入してください。

被保険者証の 記号番号	井福 - -	資格区分	一般・退職本人・退職扶養
限度額適用 減額対象者		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
		個人番号	<input type="text"/>
性別	男・女	長期入院	該当・非該当

この枠内には長期入院に該当する方（申請月を含む前1年間に90日を超える入院がある方）のみ記入してください。		入院日数合計（ 日間）
申請の前1年間の入院期間		年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）
	入院した保険医療機関等	名称 所在地
申請の前1年間の入院期間		年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）
	入院した保険医療機関等	名称 所在地
申請の前1年間の入院期間		年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）
	入院した保険医療機関等	名称 所在地

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者 住所  
(世帯主) 氏名

届出者  
氏名 (自署)

個人番号

(電話 - )

福井市長あて

ここから下は記入しないで下さい。

認定等	1. 住民税非課税証明書	区 分	70歳未満	適用区分	上位(ア)・上位(イ)・一般(ウ) 一般(エ)・非課税(オ)・未交付	
	2. 公簿		高齢受給者	証発行種類	減額証・限度額証・限度/減額証	
	3. その他( )			現役並み 非課税	現役・現役 低・低	
証交付年月日	令和 . .	備考			受付	証交付
発行期日(開始年月)	令和 . .					
長期入院該当年月日	令和 . .					
有効期限	令和 . .					
		世帯主 同一世帯( ) 代理人( )		世帯主の 番号確認 窓口に 来た人の 身元確認	個人番号カード 通知カード 未 個人番号カード 運免 旅券 その他( ) 未	