

※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	□□□□□□□□□□□□□□□□
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）
①	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
②	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
③	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 印

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)
	2. 公簿			証発行種類	一般(エ)・非課税(オ)・未交付
	3. その他( )		高年齢受給者	現役並み	現役Ⅱ・現役Ⅰ
証交付年月日	令和 . .			非課税	低Ⅱ・低Ⅰ
発行期日(開始年月)	令和 . .				
長期入院該当年月日	令和 . .	備考	受付		証交付
有効期限	令和 . .				
		<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 同一世帯( ) <input type="checkbox"/> 代理人( )	世帯主の 番号確認 窓口に 来た人の 身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 未	