

※太枠内は必ず記入してください。

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	井福 — —		
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 (マイナンバー)		
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
<p>マイナンバーカードに被保険者機能を登録した【マイナ保険証】を利用する場合、同一医療機関での支払いは限度額までとなるため、交付申請の届出は不要です。マイナ保険証をぜひご利用下さい。                  なお、住民税非課税世帯かつ上記長期入院に該当する方は申請が必要ですのでご注意ください</p>		

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 (マイナンバー)   
(電話 - )

福 井 市 長 あて

※ここから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 . .		備考	受付	証交付
長 期 入 院 該 当 年 月 日	令和 . .				
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	