

受診者が	
国民健康保険 【福井市】	国民健康保険組合 【建設・左官・板金・食品・医師・薬剤師など】
に加入されている方	
①申請書(様式第1号)	
②医療意見書	
③医療保険の資格情報が確認できる資料	
<ul style="list-style-type: none"> ・健康保険証 ・資格確認書 ・資格情報のお知らせ ・マイナポータルの「資格情報画面」の写しのいずれか <small>※詳細は裏面を御確認ください。</small>	
<input checked="" type="checkbox"/> 受診者 <input checked="" type="checkbox"/> 同じ健康保険に加入している方全員	
④同意書	
⑤現在お持ちの受給者証の写し(表面)	
⑥自己負担上限額管理票の写し(受給者証の内側)	
⑦～⑩該当する方のみ	

受診者が	
生活保護	
を受給されている方	
①申請書(様式第1号)	
②医療意見書	
③生活保護受給証明書	
<small>※健康保険証がある場合は、受診者及び同じ保険に加入している方の写しが必要。</small>	
④同意書	
⑤現在お持ちの受給者証の写し(表面)	
⑥自己負担上限額管理票の写し(受給者証の内側)	
⑦～⑩該当する方のみ	

受診者が、全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合に加入されている方	
受診者が被扶養者である方	
①申請書(様式第1号)	
②医療意見書	
③医療保険の資格情報が確認できる資料	
<ul style="list-style-type: none"> ・健康保険証 ・資格確認書 ・資格情報のお知らせ ・マイナポータルの「資格情報画面」の写しのいずれか <small>※詳細は裏面を御確認ください。</small>	
<input checked="" type="checkbox"/> 受診者 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者	
<small>※受診者と被保険者分、それぞれの「医療保険の資格情報が確認できる資料」が必要です。受診者の書類に被保険者の氏名が記載されている場合でも、省略はできませんのでご注意ください。</small>	
④同意書	
⑤現在お持ちの受給者証の写し(表面)	
⑥自己負担上限額管理票の写し(受給者証の内側)	
⑦～⑩該当する方のみ	

受診者が、全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合に加入されている方	
受診者が被保険者である方	
①申請書(様式第1号)	
②医療意見書	
③医療保険の資格情報が確認できる資料	
<ul style="list-style-type: none"> ・健康保険証 ・資格確認書 ・資格情報のお知らせ ・マイナポータルの「資格情報画面」の写しのいずれか <small>※詳細は裏面を御確認ください。</small>	
<input checked="" type="checkbox"/> 受診者	
④同意書	
⑤現在お持ちの受給者証の写し(表面)	
⑥自己負担上限額管理票の写し(受給者証の内側)	
⑦～⑩該当する方のみ	

【申請先】 〒918-8004 福井市西木田2丁目8-8 福井市保健所 地域保健課 保健支援係

【申請期間】 令和8年6月1日(月)～令和8年6月26日(金) 必着