限度額適用

国民健康保険　食事療養費等標準負担額減額　　認定証交付申請書

令和　　年　　月　　日

稲沢市長　殿

世帯主　住　　所　稲沢市

（フリガナ）

氏　　名

個人番号

電　　話

次のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

被保険者記号・番号	―

傷病原因	□ 第三者行為　□ その他（　　） ※「第三者行為」の場合、「第三者行為による被害届」を提出してください。	対象者	(フリガナ) 氏名 年　月　日生 （世帯主との続柄　　）
長期入院	該当 ・ 非該当	個人番号	

長期入院の場合は下の①～⑤の欄も記入してください。

①	申請日の前1年間の入院期間（日数）		年　月　日から 年　月　日まで　日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）		年　月　日から 年　月　日まで　日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）		年　月　日から 年　月　日まで　日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	
④	申請日の前1年間の入院期間（日数）		年　月　日から 年　月　日まで　日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	
⑤	申請日の前1年間の入院期間（日数）		年　月　日から 年　月　日まで　日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	

▸市処理欄

1 ： 限度額適用認定証	ア・イ・ウ・エ・現役並Ⅰ・現役並Ⅱ
2 ： 標準負担額減額認定証（食事・生活）	
3 ： 限度額適用・標準負担額減額認定証	オ・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ

本人確認 □主□他（　　）

［　　］