様式第15

国民健康保険　限度額適用 食事療養費等標準負担額減額 限度額適用・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。
長期入院	該当　・　非該当

対象者	（フリガナ） 氏名 年　月　日生 （世帯主との続柄　　）
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	

申請の前に	・マイナ保険証を利用すれば、認定証の交付を受けていなくても窓口での支払が自己負担限度額までとなります。ただし、長期入院該当の場合は、申請が必要です。

▶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（　　）
［　　］