

- 豊田市国民健康保険限度額適用認定申請書
- 豊田市国民健康保険食事（生活）療養標準負担額減額認定申請書
- 豊田市国民健康保険限度額適用・食事（生活）療養標準負担額減額認定申請書

豊田市長 様

※太枠内を記入してください。

申請年月日 年 月 日

(世帯主)申請者	住所	豊田市											
	氏名											電話	-
	個人番号												

被保険者記号・番号	限度額適用・減額対象者氏名・生年月日	被保険者区分	世帯主との続柄	性別									
-													
	生												
個人番号												交通事故等の第三者行為	有 ・ 無
長期入院	該当・非該当	長期該当年月日	年 月 日 (91日目 年 月 日)										
高齢受給者・低所得 I	該当・非該当	発効年月日	年 月 日										

別世帯の方が届出される場合には、下記の委任状を記入してください。

委任状

諸手続きについて下記のとおり委任します。
記

受任者 住所 _____

氏名 _____

委任者 (世帯主) 氏名 _____

Ⓜ 自署の場合は押印不要

◎長期入院該当の場合の入院履歴（申請日の属する月以前の12月）

入院をした保険医療機関等		入院期間	日数
①	名称	年 月 日から	日間
	所在地	年 月 日まで	
②	名称	年 月 日から	日間
	所在地	年 月 日まで	
③	名称	年 月 日から	日間
	所在地	年 月 日まで	
④	名称	年 月 日から	日間
	所在地	年 月 日まで	
⑤	名称	年 月 日から	日間
	所在地	年 月 日まで	

交	<input type="checkbox"/> 70歳未満 長期非該当 210円	<input type="checkbox"/> 高齢・低所得Ⅱ 長期非該当 210円	<input type="checkbox"/> 現役Ⅰ
付	<input type="checkbox"/> 70歳未満 長期該当 160円	<input type="checkbox"/> 高齢・低所得Ⅱ 長期該当 160円	<input type="checkbox"/> 現役Ⅱ
済	<input type="checkbox"/> 70歳未満 限度額適用 ア・イ・ウ・エ・オ	<input type="checkbox"/> 高齢・低所得Ⅰ 100円	

処 理 欄	(窓口に来た人)	(続柄)	滞納	有 / 無	受付
	本人確認 1点：免・個・在・身・他 ()		軽減	7割 / 5割	審査
	2点：他 ()		分納	有 / 無	