

豊田市国民健康保険限度額適用認定申請書

Certificado para Abatimento Padrão de Despesas Médicas

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

※Preencha os campos dos quadros em negrito.

Data de solicitação 年 月 日

Chefe de Família 世帯主	Endereço 住所	Toyota-shi										
	Nome 氏名											Tel. 電話
	Nº Individual 個人番号											

Número de Segurado 被保険者記号・番号	Nome do Beneficiário 限度額適用・減額対象者氏名	Classificação 被保険者区分	Parentesco com o Chefe de Família 世帯主との続柄	Sexo 性別
—	年 月 日 生 data de nascimento(ano/mês/día)			
Nº Individual 個人番号	Acidente com envolvimento de terceiros 交通事故等の第三者行為		Sim · Não	
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	

Caso o solicitante seja de outro grupo familiar, preencha a procuração abaixo.

Procuração 委任状	
Outorgo ao meu procurador amplos poderes para efetuar o trâmite de solicitação do Certificado. 記	
Procurador 受任者	Endereço 住所 Nome 氏名
Outorgante (Chefe de Família) 委任者(世帯主)	Nome 氏名
Se preenchido a próprio punho não é necessário o carimbo 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"/> 高齢・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"/> 高齢・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 () 2点: 他 ()		軽減	7割 / 5割	審査
			分納	有 / 無	