様式第７号の４

☐ Certificado de Qualificação para Abatimento de Despesas Médicas
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

ポルトガル語版

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 | |
| | My Number 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 | Parentesco com o Chefe de Família 世帯主との続柄 |
|---|---|---|
| ― | 年　月　日 生<br>data de nascimento(ano/mês/día) | |
| My Number 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 | |

| 交付済 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ ７０歳未満 | 長期非該当　２１０円 | ☐ 高齢・低所得Ⅱ | 長期非該当　２１０円 | ☐ 高齢・現役Ⅰ |
| ☐ ７０歳未満 | 長期該当　１６０円 | ☐ 高齢・低所得Ⅱ | 長期該当　１６０円 | ☐ 高齢・現役Ⅱ |
| ☐ ７０歳未満 | 限度額適用　ア･イ･ウ･エ･オ | ☐ 高齢・低所得Ⅰ | １００円 | |

| 処理欄 | （窓口に来た人）　（続柄）<br>本人確認 １点：免・個・在・身・他（　　）<br>２点：他（　　） | 滞納 | 有　／　無 | 受付 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 軽減 | ７割 / ５割 | 審査 | |
| | | 分納 | 有 / 無 | | |