

丰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限度額適用認定申請書

丰田市国民健康保険就餐（生活）・疗养标准負担額減額認定申請書

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

丰田市国民健康保険限度額適用・就餐（生活）疗养标准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

中国語版

丰田市長 先生 豊田市長 様

※请填写粗框内的内容。太枠内を記入してください。

申請年月日

年 月 日

申請年月日

申請者 (戸主 世帯主) 申請者	住址 住所	豊田市										電話 電話	—
	姓名 氏名												
	個人号码 個人番号												

被保険者記号号码 被保険者記号・番号	限度額適用・減額対象者姓名・出生年月日 限度額適用・減額対象者氏名・生年月日		与戸主の亲属关系 世帯主との続柄										
—													
個人号码 個人番号												交通事故等の第三者行為	有・无
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										

不同家庭者进行申请时、请填写下面的委任状。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** 委任状

关于诸手续、做如下委任。諸手続きについて下記のとおり委任します。

記

接受委任者 受任者 住址 住所 \_\_\_\_\_

姓名 氏名 \_\_\_\_\_

委任者 委任者 (戸主 世帯主) 姓名 氏名 \_\_\_\_\_

①本人署名时、则需要按印  
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	<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"/> 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"/> 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	