様式第７号の４　para Abatimento de Despesas Médicas Elevadas 限度額適用　　ポルトガル語

Solicitação do Certificado do Seguro Nacional de Saúde　標準負担額減額　認定書申請書

para Abatimento de Despesas Médicas Elevadas・Redução do Valor Padrão de Coparticipação 限度額用・標準負担額減額

Nº de segurado 被保険者記号・番号				
Chefe de Família 世帯主	Endereço 住　所			
	Nome 氏　名		Nascimento 生年月日	
Beneficiário de redução 限度額適用減額対象者	Nome 氏　名		My Number 個人番号	
	Parentesco com o Chefe de Família 世帯主との続柄		Nascimento 生年月日	

Internação por longo período 長期入院	Elegível　Não elegível 該　当　・　非　該　当	Acidente de trânsito envolvendo terceiros 交通事故等の第三者行為	Sim 有　・Não　無

A partir daqui os campos são destinados somente às pessoas que têm um longo período de internação. ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。	Total de dias de internação 入院日数合計（　　　dias 日間）

①	Duração das internações nos últimos 12 meses anteriores à data da solicitação (dias) 申請日の前１年間の入院期間（日数）	de　年　月　日 (AA/MM/DD) から a　年　月　日 (MM/DD) まで	dias 日間
	Instituição Médica 入院をした保険医療機関等	Nome 名称	
		Localização 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	

Conforme descrito acima, apresento os documentos necessários e solicito a emissão do certificado.

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。　　年　月　日 (AA/MM/DD)

Endereço 住所 ______________________________

Nome do Chefe de Família 世帯主名

Solicitante（申請者） ____________________　My Number 個人番号 ____________________

Telefone 電話番号 ____________________

豊田市長　殿

処理欄	認定等	イ　市町村民税非課税証明書 ロ　保護申請却下通知書 ハ　公簿　（　　　　） ニ　却下　（理由　　　　）	受付番号（第　　　号） 交付番号（第　　　号） 認定等年月日 令和　年　月　日
	差額支給　有　・　無	食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号（第　　　号）	
	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ	