

Seguro Nacional de Salud
Solicitud del certificado para beneficios:
Límite de Pago para Gastos Médicos Elevados
Reducción de Cuota por Alimentación Hospitalaria

限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

N.º de asegurado 被保険者記号・番号				
Responsable del hogar 世帯主	Domicilio 住所			
	Nombre 氏名		Fecha de nacimiento 生年月日	
Beneficiario (aplicación del límite de pago/reducción de cuota) 限度額適用減額対象者	Nombre 氏名		N.º personal (My Number) 個人番号	
	Parentesco 世帯主との続柄		Fecha de nacimiento 生年月日	
Hospitalización a largo plazo 長期入院	Aplica / No aplica 該当・非該当	Lesión causada por terceros (p.ej.: accidente de tránsito) 交通事故等の第三者行為		Sí 有・No 無
Nota: La siguiente sección es solo para personas con hospitalización a largo plazo. 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 días de hospitalización 入院日数合計 (días 日間)
①	Total de días de hospitalización durante los 12 meses previos a la fecha de esta solicitud 申請日の前1年間の入院期間(日数)	De 年 月 日 (año/mes/día)から a 年 月 日 (año/mes/día)まで	días 日間	
	Centro médico donde fue hospitalizado/a 入院をした保険医療機関等	Nombre 名称		
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		
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		
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		

De conformidad con lo anterior, solicito la emisión del certificado adjuntando la documentación correspondiente.
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 (año/mes/día)

Domicilio 住所 _____

Nombre del responsable del hogar (solicitante) 世帯主名(申請者) N.º personal (My Number) 個人番号 _____

N.º de teléfono 電話番号 _____

Al Sr. Alcalde de la ciudad de Toyota 豊田市長 様

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		