

National Health Insurance
Application for Certificate of Eligibility for
High-Cost Medical Care Copayment Limit
Reduced Inpatient Meal Expenses

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

Insured person code / number 被保険者記号・番号					
Head of household 世帯主	Address 住所				
	Name 氏名		Date of birth 生年月日		
Person requiring the Certificate 限度額適用減額対象者	Name 氏名		My Number 個人番号		
	REL to the householder 世帯主との続柄		Date of birth 生年月日		
Long-term hospitalization 長期入院	Applicable 該当・ Not applicable 非該当	Injury caused by a third party (e.g., traffic accident) 交通事故等の第三者行為			Yes 有・No 無
Complete the section below only if long-term hospitalization applies. ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。			Total number of hospitalization days 入院日数合計 (days 日間)		
①	Hospitalization period during the 12 months prior to the application date 申請日の前1年間の入院期間 (日数)	From 年 月 日 (Y/M/D)から _____days 日間 to 年 月 日 (Y/M/D)まで			
	Medical institution where the person requiring the Certificate was hospitalized 入院をした保険医療機関等	Name 名 称			
		Address 所在地			
②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から 日 間 年 月 日 まで			
	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 日 間 年 月 日 まで			
	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 日 間 年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			

The undersigned hereby applies for the issuance of the certificate and submits the required documents as stated above.
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 (year/month/day)

Address 住所 _____

Applicant (name of the head of household) 世帯主名 (申請者) _____
My Number 個人番号 _____

Phone number 電話番号 _____

To the Mayor of Toyota City 豊田市長 様

処理欄	認定等	イ	市町村民税非課税証明書	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 令和 年 月 日
		ロ	保護申請却下通知書	
		ハ	公簿 ()	
	ニ	却下 (理由)		
	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		