

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	Classificação 被保険者区分	Parentesco com o Chefe de Família 世帯主との続柄
—	年 月 日 生 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 印

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	☐ 70歳未満 長期非該当	☐ 高齢・低所得Ⅱ 長期非該当	☐ 高齢・現役Ⅰ
付	☐ 70歳未満 長期該当	☐ 高齢・低所得Ⅱ 長期該当	☐ 高齢・現役Ⅱ
済	☐ 70歳未満 限度額適用 ア・イ・ウ・エ・オ	☐ 高齢・低所得Ⅰ	

処 理 欄	(窓口に来た人) (続柄)	滞納	有 / 無	受付	
		軽減	7割 / 5割	審査	
		分納	有 / 無		