

様式第7号の4

☐ Certificado de Calificación para Reducción de Gastos Médicos

豊田市国民健康保険限度額適用認定申請書

☐ Certificado para Reducción de Gastos de Alimentación Hospitalaria

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

☐ Certificado Patrón de Gastos Médicos

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

スペイン語版

豊田市長 様

※Llenar los campos de la tabla en negrita.

Fecha de Solicitud		年	月	日													
世帯主 Jefe de Familia	Dirección 住所	Toyota-shi															
	Nombre 氏名				Tel. 電話												
	Nº Individual 個人番号																

Número del Asegurado 被保険者記号・番号	Nombre del Beneficiario 限度額適用・減額対象者氏名	Categoría 被保険者区分	Parentesco con el Jefe de Familia 世帯主との続柄
—	年 月 日 生 Fecha de nacimiento(año/mes/día)		
No. Personal 個人番号	Accidente con terceros implicados 交通事故等の第三者行為		Sí · No
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

Si el solicitante es de otro grupo de familia, es necesario llenar los campos abajo.

Carta Poder 委任状

諸手続きについて下記のとおり委任します。

記

Apoderado 受任者	Dirección 住所
	Nombre 氏名
Otorgante (Jefe de Familia) 委任者(世帯主)	Nombre 氏名
	Ⓜ sello

No se requiere el Sello cuando el nombre es escrito por sí mismo. 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	
	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		