

☐ 丰田市国民健康保険限度額適用認定申請書

豊田市国民健康保険限度額適用認定申請書

☐ 丰田市国民健康保険就餐（生活）疗养标准負担額減額認定申請書

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

☐ 丰田市国民健康保険限度額適用・就餐（生活）疗养标准負担額減額認定申請書

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

中国語版

丰田市長 先生 豊田市長 様

※请填写粗框内的内容。太枠内を記入してください。

申請年月日

申請年月日

年

月

日

申（戸主世帯主） 請者 申請者	住址 住所	豊田市									
	姓名 氏名										
	个人号码 個人番号										
		电话 電話									

被保険者記号・号码 被保険者記号・番号	限度額適用・減額対象者姓名・出生年月日 限度額適用・減額対象者氏名・生年月日		被保険者分类 被保険者区分	与户主的亲属关系 世帯主との続柄
—				
	出生			
个人号码 個人番号			交通事故等の第三者行為	有 ・ 无
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	

不同家庭者进行申请时、请填写下面的委任状。別世帯の方が届出される場合には、下記の委任状を記入してください。

委任状 委任状	
关于诸手续、做如下委任。諸手続きについて下記のとおり委任します。	
記	
接受委任者 受任者	住 址 住所
	姓 名 氏名
委任者 委任者 (戸主 世帯主)	姓 名 氏名
	㊤本人署名時、则不需要按印 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	

交付済	☐ 70歳未満 長期非該当	☐ 高齢・低所得Ⅱ 長期非該当	☐ 現役Ⅰ
	☐ 70歳未満 長期該当	☐ 高齢・低所得Ⅱ 長期該当	☐ 現役Ⅱ
	☐ 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		