

☐ 限度額適用認定 Eligibility Certificate for Ceiling-Amount Medical Expenses

豊田市 ☐ 食事（生活）療養標準負担額減額認定

国民健康保険 Eligibility Certificate for Reduction of the Standard Amount of Patient Liability

☐ 限度額適用・食事(生活)療養標準負担額減額認定 Both

豊田市長 様

※太枠内を記入してください。 Application date (Y/M/D)申請年月日 年 月 日

世帯主 Householder	住所Address	Toyota-shi										
	氏名Name							電話 TEL	—			
	個人番号Social Security & Tax Number											

被保険者記号・番号 Insured Person's Number	限度額適用・減額対象者氏名 Beneficiary's Name	被保険者区分 Classification	世帯主との続柄 Relationship with the householder
—			
	Date of birth (Y/M/D) 年 月 日		
個人番号Social Security & Tax Number			
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

If the applicant is from another family group, fill the Authorization below.

委任状 Authorization

I authorize the following person to make the necessary procedures related to National Health Insurance. 諸手続きについて下記のとおり委任します。

記

受任者 Authorized person	住所 Address
	氏名 Name
委任者（世帯主） Mandator	氏名 Name
	Seal Ⓜ

Seal is unnecessary if this field is written by the own applicant. 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） In case of long hospitalization, please list the hospitalizations in the last 12 months .

入院をした保険医療機関等 Hospitals		入院期間 Hospitalization period	日数 Days
①	名称Name	From 年 月 日から	日間
	所在地Place	To 年 月 日まで	
②	名称Name	From 年 月 日から	日間
	所在地Place	To 年 月 日まで	
③	名称Name	From 年 月 日から	日間
	所在地Place	To 年 月 日まで	
④	名称Name	From 年 月 日から	日間
	所在地Place	To 年 月 日まで	
⑤	名称Name	From 年 月 日から	日間
	所在地Place	To 年 月 日まで	

交付済	<input type="checkbox"/> 70歳未満 長期非該当	<input type="checkbox"/> 高齢・低所得Ⅱ 長期非該当
	<input type="checkbox"/> 70歳未満 長期該当	<input type="checkbox"/> 高齢・低所得Ⅱ 長期該当
	<input type="checkbox"/> 70歳未満 限度額適用 ア・イ・ウ・エ・オ	<input type="checkbox"/> 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		