

填写例 記入例

申请者栏 申請者欄

中国語版

只是被打印出的住址发生了变更时、请填写上现在的住址。
印字された住所から変更がある場合のみ現住所を記載してください。

请填写申请者（对象的儿童或家长）的姓名与可以联系到的电话号码。
申請者（対象の子どもまたは保護者）の氏名と連絡がつく電話番号を記載してください。

加入的保险栏 加入保険欄

确认现在持有的健康保险证与被打印出的健康保险证的情报是否是一致的、并在该当项目处打上✓。
最初、在「无保险情报」处、已打上了✓时、则不要打✓。
現在お持ちの健康保険証と、印字された健康保険証の情報と同じか確認してどちらかに✓をつけます。
はじめから「保険情報なし」に✓が入っている場合は、✓は不要です。

在「有」处打上✓ / 在「无保险情报」处已打有✓者、请填写此处、并将健康保险证的复写以同一信封予以回寄。
※保险证的复写没有以同一信封回寄时则不能进行受理。
「あり」に✓した方 / 「保険情報なし」に✓が入っている方はこの部分を記載し、健康保険証の写しを同封してください。
※保険証の同封が無いと受付できません。

受给者证 家长栏 受給者証 保護者欄

在受给者证的「家长栏」处、将户主者作为填写在此处的候补。在其中的一项处打上✓。（谁都没有时、在那之后的空栏则不需要填写）
世帯主の方を、受給者証の「保護者欄」に載せる方の候補としています。いずれかに✓をつけます。（誰もいない場合、それ以降の欄の記入は不要）

在「想变更」处打上✓者、请填写此处。
※仅限于丰田市民者
「変更したい」に✓した方は、この部分を記載してください
※豊田市民に限りませ

様式第1号(その1)(第3条関係) 儿童医疗费受给者证交付申请书(新规) 中国語版 9999

R6.4 扩大制度用 制度拡大用 子ども医療費受給者証交付申請書(新規)
丰田市长先生 根据丰田市医疗补助条例第9条第1项的规定、希望接受医疗费补助、因此进行如下的申请。
豊田市長様 豊田市医療費助成条例第9条第1項の規定により、医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

受给者证号码 受給者証番号	3 1 2
填写日 記入日	令和 6 年 0 1 月 2 0 日
住址 住所	豊田市西町3丁目60
(有变更时) 变更后的住址 (変更がある場合) 変更後の住所:	
姓名 氏名	豊田 太郎
电话号码 電話番号	0 9 0 9 9 9 9 9 9 9 9
※请不要填写连字组横线、只填写数字号码。ハイフンは不要ですのて抜いて記入ください。	

在认定儿童医疗费、身心残疾(障碍)者医疗费、母子・父子家庭医疗费及精神障碍者医疗费补助资格时、有关认定必要的身体残疾者手册、育育手册、精神障碍者保健福祉手册或认定自立支援医疗费受给者证的状况及所得情报及加入健康保险状况的官方资料、予以同意。
医疗费自理负担金额(由丰田市负担的金额) 该当高额疗养费时、将高额疗养费的权限限于丰田市长。
子ども医療費、心身障害者医療費、母子・父子家庭医療費及び精神障害者医療費の認定に必要となる身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳(又は認定自立支援医療費受給者証の状況)及び所得情報等の公式記録を同意します。
医療費の自己負担額(豊田市が負担する額) 高額療養費の適用に必要となる身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳(又は認定自立支援医療費受給者証の状況)及び所得情報等の公式記録を同意します。
医療費の自己負担額(豊田市が負担する額) 高額療養費の適用に必要となる身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳(又は認定自立支援医療費受給者証の状況)及び所得情報等の公式記録を同意します。

通知书号码 通知書番号	99999999	出生年月日 生年月日	平成 19 年 1 月 1 日
注音片假名 フリガナ	トヨタ タロウ		
姓名 氏名	豊田 太郎		

加入的保险 加入保険	保险者名 保険者名 被保险者姓名 被保険者氏名 记号 - 号码 記号 - 番号 1 2 3 4 - 5 6 7 8 ※最近为止、在医疗费补助制度中、曾有过丰田市福祉制度受给资格者、将打印上那时的健康保险情报。 ↑上述健康保险情报中、有无变更 <input type="checkbox"/> 有变更时、请在下方填写健康保险情报、并将保险证的复写以同一信封进行回寄。 ↑上記健康保険情報中、有無変更 <input type="checkbox"/> 無変更の場合、下の健康保険情報を入力し、健康保険証の写しを同封してください。 <input type="checkbox"/> 无保险情报(无此情报时、请在下方填写健康保险情报、并将保险证的复写以同一信封回寄) (ここに記入がある場合、下に健康保険情報を入力し、健康保険証の写しを同封してください)	保险者号码 保険者番号 0 1 2 3 0 0 1 0 保险者名 保険者名 全国健康保険協会 愛知支部 被保险者姓名 被保険者氏名 豊田 花子 ※被保险者姓名请靠左边填写。油音符・半油音符(「或」)亦请填写到同一空格内、姓与名之间空一个空格。 ※被保険者氏名を左側に記入してください。濁点・半濁点(「や」)も同一スペースに記入し、姓と名の間に1文字空けてください。 记号 - 号码 記号 - 番号 9 9 9 9 9 9 9 9 9 - 9 9 9 9
---------------	--	---

受给者证 家长栏 受給者証 保護者欄	家长姓名 保護者氏名 豊田 一男 ※请在「家长姓名」外、记载有户主者姓名。【无变更时】に世帯主の氏名を記載してください。 ↑上述家长的姓名、就这样可以此のままでよい <input type="checkbox"/> 想变更(变更)したい <input type="checkbox"/> (请在下面填写希望作为家长者的情报、仅限于丰田市民) ↑上記保護者氏名は <input type="checkbox"/> 在丰田市内没有家长居住。豊田市内に保護者が誰もいない (仅限于丰田市民) 家长姓名 保護者氏名 家长的注音片假名 保護者フリガナ 家长的姓名・注音片假名、请靠左边填写。油音符・半油音符(「或」)亦请填写到同一空格内、姓与名之间空一个空格。 ※家长的姓名・フリガナを左側に記入してください。濁点・半濁点(「や」)も同一スペースに記入し、姓と名の間に1文字空けてください。 出生年月日 生年月日 西历 西暦 年 月 日
-----------------------	---

取得资格日 取得資格日	令和 6 年 4 月 1 日 (新規申請)	此申请书根据令和 5 年 11 月 31 日时的情报制作的。 この申請書は令和 5 年 11 月 31 日現在の情報で作成されています。
市政府处理栏 市政処理欄	保险证 写しなし 未記入有 返送日 受付入力日 商入力日 確認日	交付年月日 令和 6 年 4 月 1 日

如果申请书上有不完善之处时、受给者证的交付将会延后、因此请提交前做好确认。

申請書に不備があると受給者証の交付が遅れますので、提出前に確認をお願いします。

填写上的注意事项 記入上の注意

申请书是以机器进行读取的、因此请将每一个字都仔细地填写到空格内。

申請書は機械で読み取りますので、マス目内に1文字ずつ丁寧に記入してください。

※书写英文字母时亦同样、请在一个空格内填写一个字母。

アルファベット表記の場合も同様に、1マスに1文字ずつ記入してください。

关于加入保险的『记号-号码』的填写方法

加入保険『記号-番号』の記入方法について

(例1例1) 记号 12A-345 号码 678 枝号 03

記号 12A-345 番号 678 枝番 03

→填写『12A-345-678』『12A-345-678』と記入

※不需要填写枝号。枝番の記入は不要です。

(例2例2) 记号 无记载 号码 123-4567 记号 記載なし番号 123-4567

→填写『123-4567』『123-4567』と記入

关于受给者证 家长栏 受給者証 保護者欄について

如右边所示、进行记载。右のように記載されます。

在市政府主页上可以看到翻译后的指南。市のホームページで翻訳した案内を見ることができます。→→

愛知県内のみ有効	
子 医療費受給者証	
受給者番号	3 1 2 1 7 7 0 5
氏名	豊田 太郎
生年月日	平成 19 年 1 月 1 日
住所	愛知県豊田市西町3丁目60番地
保護者	豊田 一男
有効期間	令和 6 年 4 月 1 日 から 令和 7 年 3 月 31 日 まで
発行機関名 及び印	愛知県豊田市長
交付年月日	令和 6 年 4 月 1 日

この証は、被保険者証(又は組合員証)に添えて医療機関の窓口へ提出してください。

