

年 月分 豊田市国民健康保険療養費支給申請書
Solicitação de Reembolso de Despesas Médicas do Seguro Nacional de Saúde de Toyota

Exmo.Sr. Prefeito de Toyota 豊田市長 様

Solicito o reembolso de despesas médicas conforme a Lei do Seguro Nacional de Saúde artigo 27 parágrafo 1.

国民健康保険法施行規則第27条第1項の規定に基づき、療養費の支給を申請します。

※Preencha os campos dos quadros em negrito. Solicitação(A/M/D) 年 月 日

Form with fields: Endereço, Nome, Número Individual, Tel. (Header information)

Form with fields: Nome do Paciente, Data de Nascimento, Número Individual, Agência, Nome do Banco, Número da Conta, Furigana (Patient and account information)

※Preencher a procuração abaixo caso a conta bancária não seja do Chefe de Família.

Procuração section with fields for Outorgado, Outorgante, and address details.

Table with 2 columns: Medical condition/period, Date of illness, and Treatment details.

Table for calculation: 療養費支給明細書 (Benefit payment details)

Table for document verification: 添付書類確認 (Attachment confirmation)

Form for processing: 処理欄 (Processing section)