

年 月分 豊田市国民健康保険高額療養費支給申請書

Solicitação de Reembolso de Despesas Médicas Elevadas do Seguro Nacional de Saúde de Toyota

Exmo.Sr. Prefeito de Toyota 豊田市長様

Solicito o reembolso de despesas médicas elevadas conforme a Lei do Seguro Nacional de Saúde artigo 27-16 parágrafo 1.

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

Data de Solicitação 申請年月日 年 月 日

Form containing personal and banking information: 被保険者記号・番号, 住所, 氏名, 電話, 個人番号, 振込口座情報, 預金種別, フリガナ, 名義人.

Table for medical claim details: 受診者氏名, 生年月日, 区分, 医療機関名, 一部負担額, 療養期間, 個人番号.

Table for medical claim details: 受診者氏名, 生年月日, 区分, 医療機関名, 一部負担額, 療養期間, 個人番号.

Table for medical claim details: 受診者氏名, 生年月日, 区分, 医療機関名, 一部負担額, 療養期間, 個人番号.

Table for medical claim details: 受診者氏名, 生年月日, 区分, 医療機関名, 一部負担額, 療養期間, 個人番号.

Table for medical claim details: 受診者氏名, 生年月日, 区分, 医療機関名, 一部負担額, 療養期間, 個人番号.

Table for medical claim details: 受診者氏名, 生年月日, 区分, 医療機関名, 一部負担額, 療養期間, 個人番号.

Procuração section: 受領委任, 本人確認, 委任者情報, 受任者情報.

* Atenção 記入上の注意

- 1 Preencher somente os campos dos quadros em negrito. 太枠の中のみ記入してください。
2 Preencher um formulário para cada mês. この申請書は暦月ごとに提出ください。
3 Caso o próprio Outorgante tenha preenchido a Procuração não é necessário carimbar. 受領委任状の委任社員印は署名の場合は不要です。

処理欄 (窓口に来た人) (続柄) 本人確認 1点: 免・個・在・身・他 () 2点: 他 ()

一部負担額合計 高額療養費支給予定額 円 円

処理欄 世帯区分, 年齢, 職業, 滞納有無, 受付者, 申請には該当の領収書(原本)の添付が必要です。