

年 月分 豊田市国民健康保険高額療養費支給申請書

豊田市長様

Solicito el reembolso de los Gastos Médicos Elevados de acuerdo con el Artículo 27-16, Párrafo 1 del Reglamento de Ejecución de la Ley del Seguro Nacional de Salud. 申請年月日 年 月 日
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。

Formulario de identificación del asegurado y datos familiares. Incluye campos para el número de identificación, domicilio, nombre, teléfono, número personal, banco y sucursal, tipo de cuenta, nombre en katakana y nombre del titular.

Carta Poder 受領委任状. Autorizo al Apoderado a recibir la devolución de los Gastos Médicos Elevados. Incluye campos para el nombre del apoderado y el otorgante.

\*Atención 記入上の注意
1. Llene solo los espacios en negrita. 太枠の中のみ記入してください。
2. Presente una Solicitud por cada mes. この申請書は暦月ごとに提出してください。
3. No se requiere el Sello cuando el nombre es escrito por el Otorgante. 受領委任状の委任者印は自署の場合は不要です。

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 ( )

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

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

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

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

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

一部負担額合計, 高額療養費支給予定額

処理欄. 世帯区分, 高年齢区分, 簡素化の内容, 対象外となる場合について説明をした, 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。ただし、生年月日の後ろに\*がある方は領収書を省略できます。