

丰田市长先生 豊田市長様

年 月 份 豊 田 市 国 民 健 康 保 險 高 額 療 養 費 支 給 申 請 書

基于国民健康保险法施行规则第27条之16第1项的规定、申请支給高额疗养费。

国民健康保険法施行規則第27条の16第1項の規定に基づき、高額療養費の支給を申請します。

申请年月日 申請年月日 年 月 日

被保険者记号・号码 被保険者記号・番号		—	
申 請 者 世 帯 主 申 請 者	住址住所 豊 田 市		
	姓名氏名	电话電話	
	个人号码 個人番号		
转 账 账 户 振 込 口 座	银行銀行 信用金庫 农协農協 总店本店 支店支店 办事处出張所 信用金庫 信用金庫		
	储蓄种类預金種別	账户号码口座番号	店号码店番号 ()
	普通・活期 普通・当座		
	注音片假名フリガナ		
名义人名義人			
<input type="checkbox"/> 已向该当的医疗机关等支付了一部分负担金额。 ※省略另附的收据时请在此口处打上“√” 該当する医療機関等への一部負担額は支払済みです。 ※領収書添付を省略する場合はチェックをしてください。			
交通事故等的第三者行为		有 ・ 无	
交通事故等の第三者行為 有 ・ 無			

受診者氏名	生年月日	区分
	年 月 日	一般・退職・扶養 入院・外来
医療機関名	一部負担額	療養期間
	円	日
个人番号		

受診者氏名	生年月日	区分
	年 月 日	一般・退職・扶養 入院・外来
医療機関名	一部負担額	療養期間
	円	日
个人番号		

受診者氏名	生年月日	区分
	年 月 日	一般・退職・扶養 入院・外来
医療機関名	一部負担額	療養期間
	円	日
个人番号		

受診者氏名	生年月日	区分
	年 月 日	一般・退職・扶養 入院・外来
医療機関名	一部負担額	療養期間
	円	日
个人番号		

受診者氏名	生年月日	区分
	年 月 日	一般・退職・扶養 入院・外来
医療機関名	一部負担額	療養期間
	円	日
个人番号		

希望转账到户主以外的账户内时、请填写下述的领取委任状。 世帯主以外の口座に振り込みを希望される場合は、下記の受領委任状を記入してください。	
領 取 委 任 状 受 領 委 任 状 关于领取此次高额疗养费的权利做如下委任。 今回の高額療養費の受領に関する権利を下記のとおり委任します。	
<接受委任者 受任者> 記 記 <input type="checkbox"/> 住址与申请者相同 申請者と同 住址住所	
姓名氏名	
<委任者 委任者> (户主 世帯主) 姓名氏名	

* 填写上的注意事项 記入上の注意

- 1 请只填写粗框内的内容。太枠の中のみ記入してください。
- 2 此申请书请按日历上的每个月份为单位进行提交。
この申請書は暦月ごとに提出してください。
- 3 此领取委任状中的委任者的印章处是委任者亲自署名时则不需要按印。
受領委任状の委任者印は自署の場合は不要です。

处理欄	(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	<input type="checkbox"/> 上位ア (回目) <input type="checkbox"/> 上位イ (回目) <input type="checkbox"/> 一般ウ (回目) <input type="checkbox"/> 一般工 (回目) <input type="checkbox"/> 非課税才 (回目)	<input type="checkbox"/> 現役Ⅲ (回目) <input type="checkbox"/> 現役Ⅱ (回目) <input type="checkbox"/> 現役Ⅰ (回目) <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低Ⅱ	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 充当する <input type="checkbox"/> 充当しない	申請には該当の領収書(原本)の添付が必要。 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。
				受付者	