

Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos Elevados del Seguro Nacional de Salud de la ciudad de Toyota

(año) 年 (mes) 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。

Formulario de identificación del asegurado, datos personales, dirección, banco, tipo de cuenta, y detalles de la cuenta bancaria para el depósito.

Table with columns: 受診者氏名, 生年月日, 区分. Includes fields for 入院・外来, 医療機関名, 一部負担額, 療養期間, 円, 日, 個人番号.

Table with columns: 受診者氏名, 生年月日, 区分. Includes fields for 入院・外来, 医療機関名, 一部負担額, 療養期間, 円, 日, 個人番号.

Table with columns: 受診者氏名, 生年月日, 区分. Includes fields for 入院・外来, 医療機関名, 一部負担額, 療養期間, 円, 日, 個人番号.

Table with columns: 受診者氏名, 生年月日, 区分. Includes fields for 入院・外来, 医療機関名, 一部負担額, 療養期間, 円, 日, 個人番号.

Table with columns: 受診者氏名, 生年月日, 区分. Includes fields for 入院・外来, 医療機関名, 一部負担額, 療養期間, 円, 日, 個人番号.

Si ya pagó una parte de los gastos en el hospital/clínica correspondiente y no desea anexar los recibos, marque con X. (医療機関等への一部負担額について支払済みの方) 領収書の添付を省略する場合は、レ印を付してください。

Accidente de tráfico u otros incidentes causados por terceros 交通事故等の第三者行為 Sí 有 · No 無

Si la cuenta de banco no es la del Jefe de familia, es necesario llenar la Carta Poder. 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。

Carta Poder 受領委任状. Autorizo al Apoderado a recibir el reembolso... Incluye campos para el apoderado y el otorgante.

- \* Atención 記入上の注意
1. Llène solo los espacios en negrita.
2. Presente una Solicitud por cada mes.
3. No se requiere del Sello Personal cuando el nombre del Otorgante

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 ( )

Table with columns: 一部負担額合計, 高額療養費支給予定額. Includes fields for 円.

Additional fields for 世帯区分, 年齢, 簡素化の内容, 滞納の有無, 受付者, and a note about the receipt attachment.