

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, bancarios y de contacto. Incluye campos para nombre, dirección, teléfono, número personal, banco y tipo de cuenta.

Table with 3 columns: 受診者氏名, 生年月日, 区分. Includes fields for hospital/outpatient status, medical institution name, and partial payment amount.

Table with 3 columns: 受診者氏名, 生年月日, 区分. Includes fields for hospital/outpatient status, medical institution name, and partial payment amount.

Table with 3 columns: 受診者氏名, 生年月日, 区分. Includes fields for hospital/outpatient status, medical institution name, and partial payment amount.

Table with 3 columns: 受診者氏名, 生年月日, 区分. Includes fields for hospital/outpatient status, medical institution name, and partial payment amount.

Table with 3 columns: 受診者氏名, 生年月日, 区分. Includes fields for hospital/outpatient status, medical institution name, and partial payment amount.

Section for accident declaration: Accidente de tráfico u otros incidentes causados por terceros. Sí有・No無

Carta Poder 受領委任状. Autorizo al Apoderado a recibir el reembolso de los Gastos Médicos Elevados. Includes fields for name and signature of the grantor.

- * 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 2 columns: 一部負担額合計, 高額療養費支給予定額. Includes fields for partial payment total and reimbursement amount.

Bottom section with multiple columns for administrative details: 世帯区分, 高年齢, 簡素化の内容, 滞納有無, 受付者, and a note about document attachments.