

Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos del Seguro Nacional de Salud de la ciudad de Toyota
(año) 年 (mes) 月分 豊田市民健康保険療養費支給申請書

Al Sr. Alcalde de la ciudad de Toyota 豊田市長 様

Solicito el reembolso de los Gastos Médicos de acuerdo con el Artículo 27, Párrafo 1 del Reglamento de Ejecución de la Ley del Seguro Nacional de Salud. 国民健康保険法施行規則第27条第1項の規定に基づき、療養費の支給を申請します。

※ Llène dentro de los cuadros en negrita.太枠内を記入してください。

Fecha de solicitud 申請年月日:(año) 年 (mes) 月 (día) 日

Solicitante (Jefe de familia) (申請者(世帯主))	Domicilio 住所	
	Nombre 氏名	Número de teléfono 電話
	Número Personal 個人番号	

Número de Identificación del Asegurado 被保険者記号・番号	Nombre del Asegurado que recibió el tratamiento médico 療養を受けた被保険者氏名			
Fecha de nacimiento 生年月日	(año) 年 (mes) 月 (día) 日	<input type="checkbox"/> Personas mayores (Grupo 1/2/3) 高齢者区分1・2・3 <input type="checkbox"/> Niños menores de 6 años 乳幼児(6歳未満)	<input type="checkbox"/> Internación 入院 <input type="checkbox"/> Ambulatorio 外来	
Número Personal 個人番号		Accidente de tráfico u otros incidentes causados por terceros 交通事故等の第三者行為	Sí 有・ No 無	
Cuenta bancaria para el depósito 振込口座	Nombre del Banco 金融機関名	銀行 Bank 信用金庫 Shinkin bank 農協 JA Bank (店番号 N.º de sucursal:)	本店 Honten: matriz 支店 Shiten: sucursal 出張所 Shucchojo: agencia	
	Tipo de cuenta 預金種別 Futsuu / Touza 普通・当座	N.º de cuenta 口座番号	Nombre en Katakana フリガナ Nombre del titular de la cuenta 名義人	
	<input type="checkbox"/> Deseo como Solicitante, recibir el reembolso en mi cuenta bancaria vinculada al Sistema del Registro de Número Personal [My Number]. 申請者の公金		Número Personal 個人番号	

Si la cuenta de banco no es la del Jefe de familia, es necesario llenar la Carta Poder de abajo. ※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 de los Gastos Médicos. 今回の療養費の受領に関する権利を下記のとおり委任します。

El mismo solicitante 申請者と同じ 記

Apoderado 受任者 Domicilio 住所 _____

 Nombre 氏名 _____

Otorgante (Jefe de familia) 委任者(世帯主) Nombre 氏名 _____

印 (sello) No se requiere del Sello Personal cuando el nombre del Otorgante está escrito con su puño y letra. 自署の場合は押印不要

傷病名 別紙のとおり	発病・負傷年月日 年 月 日
療養期間 自 年 月 日 至 年 月 日 日間	療養に要した費用 円
発病原因及び経過 <input type="checkbox"/> 装具による経過観察中 <input type="checkbox"/> その他	療養内容
療養の給付を受けることができなかった理由 <input type="checkbox"/> 業者に装具の製作を依頼したため <input type="checkbox"/> その他	療養を受けた機関及び所在地 <input type="checkbox"/> 別紙のとおり <input type="checkbox"/>
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師氏名	

療養費支給明細書		
審査決定総点数	給付割合	支給金額
(× 10円) ×	=	円

添付書類確認	滞納	充当	福祉医療	受付
<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 医師の証明書又は診療報酬明細書	有・無	する しない	有・無 (乳・小中・障・母・精)	

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 ()