

年 月份 丰田市国民健康保険支給疗养费申请书

中国語版

平成 年 月分 丰田市国民健康保険療養費支給申請書

丰田市长先生 豊田市長 様

根据国民健康保険法施行規則第27条第1項の規定、申請支給の疗养费。

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。

※请填写粗框内的内容。 太枠内を記入してください。

申請年月日 年 月 日
申請年月日

Table with 3 columns: 申請者主 (Applicant), 住 址 住所 (Address), 姓 名 氏名 (Name), 电 话 電話 (Phone), 个 人 号 碼 個人番号 (Personal Number)

Table with 4 columns: 被 保 險 者 記 号 ・ 号 碼 (Insured Number), 接 受 疗 養 的 被 保 險 者 姓 名 (Name of Insured), 出 生 年 月 日 (Date of Birth), 个 人 号 碼 (Personal Number), 医 療 種 別 (Medical Category), 入 院 入院 (Inpatient), 門 診 外来 (Outpatient), 振 込 款 口 账 座 户 (Bank Account), 金 融 机 关 名 (Financial Institution), 银 行 銀行 (Bank), 信 用 金 库 信用金庫 (Credit Union), 农 协 農協 (Nokai), 总 店 本店 (Head Office), 分 店 支店 (Branch), 办 事 处 出張所 (Branch Office), 储 蓄 种 类 預 金 種 別 (Savings Type), 账 户 号 碼 口 座 番 号 (Account Number), 注 音 假 名 フリガナ (Furigana), 名 义 人 名 義 人 (Nominee), 利 用 申 請 者 的 与 个 人 号 碼 绑 定 的 银 行 账 户 (Bank Account Linked to Applicant's Personal Number)

※希望汇入到户主以外的账户时、请填写下面的领取委任状。

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。

Form for 領 取 委 任 状 (Authorization for Receipt) with fields for 接 受 委 任 者 (Authorized Person), 住 址 住所 (Address), 姓 名 氏名 (Name), 委 任 者 委 任 者 (Principal), 姓 名 氏名 (Name), 姓 名 氏名 (Name)

Table with 2 columns: 傷 病 名 (Injury Name), 発 病 ・ 負 傷 年 月 日 (Date of Onset/Injury), 療 養 期 間 (Treatment Period), 療 養 に 要 した 費 用 (Treatment Cost), 発 病 原 因 及 び 経 過 (Cause and Course of Illness), 療 養 内 容 (Treatment Content), 療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由 (Reason for Ineligibility for Payment), 療 養 を 受 け た 機 関 及 び 所 在 地 (Institution and Location of Treatment), 診 療 又 は 調 剤 に 従 事 した 医 師 ・ 歯 科 医 師 又 は 薬 剤 師 氏 名 (Name of Doctor/Pharmacist)

療 養 費 支 給 明 細 書 (Summary of Treatment Fee Payment) with fields for 審 査 決 定 総 点 数 (Total Score), 給 付 割 合 (Payment Ratio), 支 給 金 額 (Payment Amount)

Table with 5 columns: 添 付 書 類 確 認 (Attachment Confirmation), 滞 納 (Arrears), 充 当 (Appropriateness), 福 祉 医 療 (Welfare Medical), 受 付 (Receipt)

処 理 欄 (Processing Section) with fields for 本 人 確 認 (Self-Confirmation) and 窓 口 に 来 た 人 (Person at Counter)