

National Health Insurance Medical Expenses Allowance Application

年 月分 豊田市国民健康保険療養費支給申請書

豊田市長 様

I hereby apply for medical expenses allowance according to the National Health Insurance Law Enforcement Regulation Article 27, Paragraph 1. 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。

※Please fill in **within thick-frame field**. 太枠内を記入してください。

Application Date: 申請年月日 Y年 M月 D日

|                                  |                       |  |  |      |
|----------------------------------|-----------------------|--|--|------|
| Applicant (Householder) (世帯主)申請者 | Address 住所            |  |  |      |
|                                  | Full Name 氏名          |  |  | TEL: |
|                                  | Individual Number個人番号 |  |  |      |

|                               |   |   |  |   |  |
|-------------------------------|---|---|--|---|--|
| NHI Number被保険者記号・番号           |   | Name of patient 療養を受けた被保険者氏名                                  |  |   |  |
| Date of Birth 生年月日            |   | (Year) 年 (Month) 月 (Day) 日                                    | <input type="checkbox"/> 高齢者区分1・2・3<br><input type="checkbox"/> 乳幼児(6歳未) | <input type="checkbox"/> Hospitalization入院<br><input type="checkbox"/> Outpatient外来 |  |
| Individual Number個人番号         |   | Injury due to an act caused by a third party 交通事故等の第三者行為      |  | Yes No 有・無  |  |
| Bank account information 振込口座 | Bank Name 金融機関名   | Bank 銀行<br>Shinkin bank 信金<br>JA bank農協<br>(店番号Branch code: ) |  | Head office 本店<br>Branch 支店<br>Sub branch 出張所                                       |  |
|                               | Account Type 預金種別<br>Regular Commercial<br>普通・当座  | Account Number 口座番号   | Name in Katakanaフリガナ<br>Account holder's Name<br>名義人                     |   |  |
|                               | <input type="checkbox"/> I wish to receive the benefit in the bank account associated with the Social Security and Tax Number System (My Number). 申請者の公金受取口座を |   | Individual Number (個人番号)   |   |  |
|                               |   |   |  |   |  |

※The householder may designate other person's bank account by filling in the Power of Attorney below.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。

| Power of Attorney 受領委任状  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| I hereby authorize the person below to receive the medical treatment expenses.<br>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。                         |                                   |
| <input type="checkbox"/> Same as the Applicant 申請者と同じ 記  |                                   |
| Authorized person 受任者  | Address 住所 _____<br>Name 氏名 _____ |
| Mandator 委任者 (Householder)   | Name 氏名 _____                     |
| 印 If the Power of Attorney is filled in by the householder him/herself, his/hers personal seal [INKAN] will not be required.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<br><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<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 医師の証明書又は診療報酬明細書 | 有・無 | する<br>しない | 有・無<br>(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 ( )<br>2点: 他 ( ) |