様式第１２号

ポルトガル語

Solicitação de Reembolso de Despesas Médicas Altas ao Seguro Nacional de Saúde

国民健康保険　高額療養費　支給申請書

枚中　　枚目

Nº de segurado 被保険者記号・番号	Nome do solicitante (Chefe de Família) 申請者（世帯主）氏名	Ano/mês do atendimento médico 診療年月	Classificação tributária 課税区分	Classificação de renda 所得区分
		年　　月 (AA/MM)		

Acidente envolvendo de terceiros 交通事故等の第三者行為	sim 有　・　não 無	

AA/MM do atendimento 請求年月	Nome do segurado que recebeu o atendimento 療養を受けた被保険者氏名	Data de nascimento 生年月日 / My Number 個人番号	Nome do Hospital 医療機関等名 / Localização do Hospital 医療機関等所在地	Internação 入外	Nº dias 日数	Valor total da despesa médica 総医療費 / Valor de coparticipação 被保険者負担額
		Nome da doença 傷病名				

貸付額	支給済額	被保険者負担額	限度額	支給額
円	円	円	円	円

Exmo. Sr. Prefeito de Toyota　豊田市長　様　　年　　月　　日 (AA/MM/DD)

Solicito conforme descrito acima.　上記のとおり申請します。

Endereço 住所 _____

Solicitante (Chefe de Família) 申請者（世帯主）　　My Number 個人番号 _____

Nome 氏名 _____　　Telefone: 電話番号 _____

Conta para o reembolso 受'取口座	☐ Utilizar a conta cadastrada para recebimento de benefícios públicos. (Não é necessário o preenchimento dos dados bancários) ※Somente quem fez o cadastro no Maina Portal 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 ☐ Utilizar a conta abaixo. 振込口座を指定する。

Tranferência bancária 振　込	Código do banco 金融機関コード		Código da agência 支店コード		Tipo de conta 種目	Titular da conta 口座名義人	
					1. Conta pessoal 普通(総合) 2. Conta comercial 当座	Furigana フリガナ	
	Nome do banco 金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	Nome da agência 支店名		Nº da conta 口座番号	Nome 氏名	

Caso a conta bancária não seja a do Chefe de Família é necessário preencher a procuração abaixo.

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

Procuração　委任状

年　　月　　日 (AA/MM/DD)

Autorizo o representante abaixo a receber os benefícios relacionados ao Seguro Nacional de Saúde.

国民健康保険給付費等に関する受領を下記の代理人に委任します。

Nome do Chefe de Família 世帯主氏名 _____

(Requerente)（申請者）

Endereço do representante 代理人住所 _____

Nome do representante 代理人氏名 _____　　My Number 個人番号 _____