

<div>Seguro Nacional de Salud</div> <div>Solicitud de reembolso por Gastos Médicos Elevados</div> <div>国民健康保険 高額療養費 支給申請書（スペイン語）</div> <div>枚中 枚目</div>									
N.º de asegurado 被保険者記号・番号		Nombre del solicitante (responsable del hogar) 申請者（世帯主）氏名		Atención médica (año/mes) 診療年月		Categoría fiscal 課税区分		Categoría de ingresos 所得区分	
				年 月 (año / mes)					
Lesión causada por terceros (p.ej.: accidente de tránsito) 交通事故等の第三者行為				Sí 有 No 無					
Factura (año/mes) 請求年月	Nombre de la persona atendida 療養を受けた被保険者氏名	Fecha de nacimiento 生年月日		Nombre del centro médico 医療機関等名		Hospitalización/ Ambulatoria 入外	N.º de días 日数	Total de gastos médicos 総医療費	
		N.º personal (<i>My Number</i>) 個人番号		Domicilio del centro médico 医療機関等所在地				Monto a cargo del asegurado 被保険者負担額	
		Nombre de la enfermedad o lesión 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	
Al Sr. Alcalde de la ciudad de Toyota 豊田市長 様 年 月 日 (año/mes/día) Solicito el reembolso de los gastos médicos detallados anteriormente. 上記のとおり申請します。 Domicilio 住所 _____ Solicitante (responsable del hogar) 申請者（世帯主） N.º personal (<i>My Number</i>) 個人番号 _____ Nombre 氏名 _____ N.º de teléfono 電話番号 _____									
Cuenta para el depósito 受取口座	<input type="checkbox"/> Recibir en la cuenta registrada en el <i>Myna Portal</i> (Sistema del <i>My Number</i>). (Con esta opción, no es necesario llenar la sección con los datos de la cuenta.) Nota: Se requiere tener una cuenta previamente registrada en el 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。 <input type="checkbox"/> Recibir en la siguiente cuenta: Complete los siguientes campos. 振込口座を指定する。								
	Datos de la cuenta 振 込	Código (Banco) 金融機関コード		Código (Sucursal) 支店コード		Tipo de cuenta 種目			Nombre del titular 口座名義人
Nombre (Banco) 金融機関名		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	Nombre (Sucursal) 支店名		1. Futsū (ahorros) 2.Tōza (cta.corriente) 1. 普通（総合） 2. 当座			Furigana フリガナ	
					Número de cuenta 口座番号			Nombre 氏名	

Si una persona distinta al responsable del hogar va a recibir el reembolso, complete la siguiente sección de Autorización.
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。

Autorización 委任状 年 月 日 (año/mes/día)

Autorizo al representante que se indica a continuación a recibir los beneficios del Seguro Nacional de Salud en mi nombre.
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。

Responsable del hogar (solicitante) 世帯主氏名（申請者） _____

Domicilio del representante 代理人住所 _____

Nombre del representante 代理人氏名 _____ N.º personal (*My Number*) 個人番号 _____