

国民健康保険 高額疗养费 支給申请书									
国民健康保険 高額療養費 支給申請書									
枚中 枚目									
被保険者证记号・号码 被保険者記号・番号		申请者（户主）姓名 申請者（世帯主）氏名		诊疗年月 診療年月		课税分类 課税区分		所得分类 所得区分	
				年 月 年 月					
交通事故等の第三者行為 交通事故等の第三者行為			有 ・ 无 有 ・ 無						
请求年月 請求年月	接受了疗养的 被保険者姓名 療養を受けた 被保険者氏名	出生年月日 生年月日		医疗机关等名 医療機関等名		入院 门诊外来 入外	日数 日数	总医疗费 総医療費	
		个人号码 個人番号		医疗机关等所在地 医療機関等所在地				被保険者負担金額 被保険者負担額	
伤病名 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	
年 月 日									
丰田市长 先生 豊田市長 様									
根据上述内容提出申请。上記のとおり申請します。									
住址 住所									
申请者（户主）申請者（世帯主） 个人号码 個人番号									
姓名 氏名 电话号码 電話番号									
收款 账户 受取口座		<input type="checkbox"/> 利用领取公款（领取养老金・补助金等）的账户(利用时不需要填写账户信息)。 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）。 ※仅限已在マイナポータル（まいなぽーたる）上自行登录的有领取公款（领取养老金・补助金等）账户者 ※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"/> 指定汇款账户。振込口座を指定する。							
汇款 账户 振 込	金融机关号码 金融機関コード		分店号码 支店コード		种 类 種目			账户名义人 口座名義人	
	金融机关名 金融機関名	银行 信用金库 信用组合 协同组合	分店名 支店名		1. 普通(综合) 2. 活期 普通(総合) 当座			注音 片假名 フリガナ	
					账户号码 口座番号			姓名 氏名	

户主以外者领取时、请填写下面的委任状。

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。

委任状委任状 年 月 日

委任以下代理人领取有关国民健康保险补助费等。

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。

户主姓名 世帯主氏名

（申请者）（申請者）

代理人住址 代理人住所

代理人姓名 代理人氏名 个人号码 個人番号