

National Health Insurance
Application for High-Cost Medical Care Benefit

国民健康保険 高額療養費 支給申請書 (英語)

枚中 枚目

Insured person code / number 被保険者記号・番号		Applicant (name of the head of household) 申請者(世帯主) 氏名		Medical care (year/month) 診療年月	Tax classification 課税区分		Income classification 所得区分	
				年 月 (year / month)				
Injury caused by a third party (e.g., traffic accident) 交通事故等の第三者行為				Yes 有 . No 無				
Date of claim (year/month) 請求年月	Name of the insured person who received medical care 療養を受けた被保険者氏名	Date of birth 生年月日	Name of medical institution 医療機関等名		Type of care (Inpatient / Outpatient) 入外	N.º of days 日数	Total medical expenses 総医療費	
		My Number 個人番号	Address of medical institution 医療機関等所在地				Amount paid by the insured 被保険者負担額	
Medical condition/Disease 傷病名								
賃付額		支給済額		被保険者負担額	限度額		支給額	
円		円		円	円		円	

To the Mayor of Toyota City 豊田市長 様 年 月 日 (year/month/day)

I hereby submit this application in accordance with the information provided above. 上記のとおり申請します。

Address 住所 _____

Applicant (head of household) 申請者(世帯主) _____

My Number 個人番号 _____

Name 氏名 _____

Phone number 電話番号 _____

Account for deposit 受取口座	<input type="checkbox"/> Use the Registered Public Fund Receiving Account (If selected, bank account details do not need to be provided.) Note: This option is available only to applicants who have registered a Public Fund Receiving Account through the MyNa Portal (My Number system). 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"/> Use the bank account specified below for direct deposit. Please complete the required bank account information. 振込口座を指定する。						
Bank account details for direct deposit 振込	Bank code 金融機関コード		Branch code 支店コード		Account type 種目		Account holder's name 口座名義人
	Name of financial institution 金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	Branch name 支店名	1. Futsu (savings) 2. Toza (checking) 1. 普通(総合) 2. 当座		Furigana フリガナ	Name 氏名
				Account number 口座番号			

If a person other than the head of household will receive the payment, please complete the Power of Attorney section below.
 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。

Power of Attorney 委任状

年 月 日 (year/month/day)

I hereby authorize the person named below to receive, on my behalf, payments related to National Health Insurance benefits.
 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。

Head of the household (applicant) 世帯主氏名 (申請者) _____

Representative's address 代理人住所 _____

Representative's name 代理人氏名 _____

My Number 個人番号 _____