様式第９号

ポルトガル語

Solicitação de Reembolso de Despesas Médicas ao Seguro Nacional de Saúde

国民健康保険療養費支給申請書

Valor a reembolsar 支給額　￥

Solicito o reembolso do valor descrito acima referente às despesas médicas conforme o detalhamento apresentado abaixo.

上記のとおり療養に要した費用を申請します。ただし下記内訳のとおり

年　月　日 (AA/MM/DD)

Solicitante 申請者（世帯主）
(Chefe de Família)

Endereço 住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Nome 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ My Number 個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Telefone 電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Exmo.Sr. Prefeito de Toyota 豊田市長　様

Nº de segurado 被保険者記号・番号			Nome do Chefe de Família 世帯主名			
Pessoa que recebeu o atendimento médico 診療を受けた人	Furigana (ﾌﾘｶﾞﾅ) Nome 氏名		My Number 個人番号		Parentesco com o solicitante 申請者との続柄	
	Endereço 住所					
	診療期間	自 至	受診資格	一般・（退職被保険者）本人・被扶養者		
	発病負傷日			診療日数	日	
	傷病名					
	受診した医療機関	名称	（　　）	診療科		
		所在地				
	受診状態	入院・外来	受給証	高齢者３割・高齢者２割・未就学児		
	費用額	円	併用公費又は福祉の名称			
	審査認定額	円	交通事故等の第三者行為	有・無		
	療養費の種別	一般診療・補装具・柔整・その他（　　）				
Motivo pelo qual a despesa médica não foi coberta pelo seguro 療養の給付を受けることができなかった理由						

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	Conta 振込先	Código コード	Nome da Instituição Financeira 名称	Furigana (ﾌﾘｶﾞﾅ) Nome do titular 口座名義人	
	Instituição Financeira 金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合		
	Agência 支店			Nº da conta 口座番号	
	Tipo de conta 口座種別	Pessoal 普通・Comercial 当座・Outra その他（　　）			

点数		総医療費		支給額	
負担率		一部負担額			

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
(Solicitante)　（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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿