

Seguro Nacional de Salud
Solicitud de reembolso por gastos médicos

国民健康保険療養費支給申請書（スペイン語）

Monto del reembolso 支給額 ￥_____円

Solicito el reembolso del monto indicado, correspondiente a los gastos médicos que se detallan en la siguiente sección. 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 (año/mes/día)

Solicitante 申請者（世帯主） Domicilio 住所 _____
 (responsable del hogar) Nombre 氏名 _____
 N.º personal (My Number) 個人番号 _____
 N.º de teléfono 電話番号 _____

Al Sr. Alcalde de la ciudad de Toyota 豊田市長 様

N.º de asegurado 被保険者記号・番号		Nombre del responsable del hogar 世帯主名					
Datos de la persona que recibió atención médica 診療を受けた人	Furigana(フリガナ) Nombre 氏名			N.º personal 個人番号		Parentesco 申請者との続柄	
	Domicilio 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 por el que no se utilizó el seguro 療養の給付を受けることができなかった理由							

Cuenta para el depósito 受取口座	<input type="checkbox"/> Recibir en la cuenta registrada en el Myna Portal (Sistema del My Number). (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	Cuenta 振込先	Código コード	Nombre 名称	Furigana(フリガナ) Nombre del titular 口座名義人				
	Banco 金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合					
	Sucursal 支店				Número de cuenta 口座番号			
Tipo 口座種別	Futsū (ahorros) / Tōza (cta.corriente) / Otro 普通・当座・その他 ()							
点数	総医療費						支給額	
負担率	一部負担額							

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。

Nombre del 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 _____