

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に

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							
<div>Datos de la persona que recibió atención médica</div> <div>診療を受けた人</div>	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			
療養費の種類別	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									
<div>Cuenta para el depósito 受取口座</div>		<div><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。</div> <div><input type="checkbox"/> Recibir en la siguiente cuenta: Complete los siguientes campos. 振込口座を指定する。</div>							
<div>Datos de la cuenta 振込</div>	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