

国民健康保险支给疗养费申请书

国民健康保険療養費支給申請書

支给金额支給額

日元円

申请上述疗养所需要的费用。上記のとおり療養に要した費用を申請します。
但、详细内容如下ただし下記内訳のとおり

年 月 日

申請者申請者（戸主世帯主）住 址住所_____

姓 名氏名_____ 个人号码個人番号_____

电话号码電話番号_____

丰田市长 先生 豊田市長 様

被保险者证 記号・号码 保険者記号・番号	户主名 世帯主名					
接受了 诊疗者 诊疗を 受けた人	注音假名(フリガナ) 姓 名氏名		个人号码 個人番号		与申请者 的关系 申請者との続柄	
	住 址住 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	日	
	発病負傷日			診療 日数		
	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()					
无法领取疗养补助的理由 療養の給付を受けることができなかった理由						
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	汇款处 振込先	号码 コード	名称 名称	注音片假名 (フリガナ) 账户名义人 口座名義人		
	金融机关 金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合			
	分店支店			账户号码 口座番号		
	账户种类 口座種別	普通・活期・其他() 普通・当座・その他()				
点数	総医療費		支給額			
负担率	一部負担額					

戸主以外者领取时、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。

戸主姓名世帯主氏名_____

(申請者)(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_____