

**National Health Insurance
Application for Medical Expense Reimbursement**

国民健康保険療養費支給申請書（英語）

Amount claimed for reimbursement 支給額 ￥ _____ 円

I hereby apply for reimbursement of the above-mentioned medical expenses incurred for the medical treatment described herein. 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 (year/month/day)

Applicant 申請者（世帯主） Address 住所 _____
 (head of household) Name 氏名 _____
 My Number 個人番号 _____
 Phone number 電話番号 _____

To the Mayor of Toyota City 豊田市長 様

Insured person code / number 被保険者記号・番号			Name of the head of household 世帯主名				
Details of the person who received medical care 診療を受けた人	Furigana (フリガナ) Name 氏名			My Number 個人番号		REL P to the householder 申請者との続柄	
	Address 住所						
	診療期間	自 至	受診資格		一般・ 本人・ (退職被保険者) 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 ()						
Reason the medical expenses were not covered by health insurance 療養の給付を受けることができなかった理由							
Account for deposit 受取口座	<input type="checkbox"/> Use the Registered Public Fund Receiving Account (If selected, 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 for direct deposit 振込	Details 振込先	Code コード	Name 名称	Furigana (フリガナ) Account holder's name 口座名義人			
	Financial institution 金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合				
Branch 支店			Account number 口座番号				
Type 口座種別	Futsu (savings) / Toza (checking) / Other 普通・当座・その他 ()						
点数		総医療費			支給額		
負担率		一部負担額					

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 _____