

Lista de checagem para enviar a solicitação do subsídio de despesa médica para crianças

【Nome do solicitante: \_\_\_\_\_】

】

◆ Indique a qtd. de nota fiscal e faça a marca de checagem (✓) na lacuna em branco somente após preencher os dados e cc

Doc. necessário	Ítem	Confirmado	
Formulário de solicitação do benefício da despesa médica	Informações do solicitante (Endereço, nome, telefone) (Indicar o telefone que seja possível o contato durante o dia)		
	Dados da criança (endereço, nome, data de nasc.) que recebeu o tratamento		
	Mês e ano do tratamento		
	Dados do Hokencho (Número, nome do segurado e seguradora)		
	Dados do destino para depósito		
	Tem um formulário de solicitação para cada criança?		
	Tem um formulário de solicitação para cada mês de tratamento?		
Nota fiscal	t e ú d o  P r e e n c h	Nome da criança	
		Data do tratamento	
		Nome da instituição médica	
		Valor pago	
		Carimbo de quem recebeu o pagamento	
		(Se faltar algum ítem acima, solicitar o preenchimento na instituição médica)	
	É um recibo que atende o critério que o hoken cobre? (Não receberá subsídio o valor arcado na vacina, declaração médica etc)		
Quantas nota(s) fiscal(is) tem? (Enviar o original)	枚		
Hokencho	Cópia do Hokencho da criança		
Envelope para devolução	Colou o selo?		
	Preencheu os seus dados para enviar de volta?		
O ítem abaixo é para quem usa o Shakai Hoken e pagou o valor de tratamento de alto custo / excedente de tratamento ou arcou 100% do valor.			
Shikyu Kettei Tsuchi	Colocou o Shikyu Kettei Tsuchisho dentro do envelope?		

Ao checar todos os ítems, confira se os itens abaixo estão dentro do envelope.

- Formulário de solicitação do benefício da despesa médica
- Nota(s) fiscal(is)
- Cópia do Hokencho da criança
- Envelope para devolução
- Lista de checagem para enviar a solicitação via correio (essa folha)
- Shikyu Kettei Tsuchisho (para quem se enquadra nas condições)

キリトリ

Corte e cole no local do destinatário do envelope para enviar a solicitação (não no envelope para devolução)

〒479-8610  
常滑市新開町4-1

※Cuidados ao enviar

・Escreva no verso do envelope o endereço e o nome do remetente.

常滑市役所 保険年金課 医療チーム 行