

**MODELO DE PREENCHIMENTO**

Formulário de solicitação do benefício da despesa médica

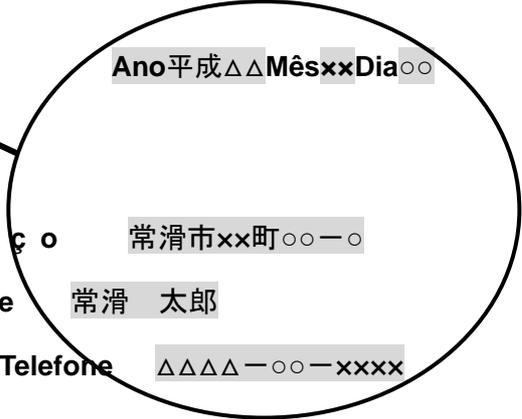
**Data de entrega da solicitação, endereço, nome e tel do responsável**

Ao Sr. prefeito do município de Tokoname

**Endereço** 常滑市xx町○○-○

**Nome do solicitante** 常滑 太郎

**Telefone** △△△△-○○-xxxxx



Solicito o pagamento do Kodomo Iryo-hi de acordo com o artigo 5 do benefício da despesa médica do município de Tokoname.

**Endereço, nome e data de nascimento da criança**

<b>Criança</b>	受給者番号 Nº do benefício		Nº do Hokencho	1 2 3 4 5 · 6 7
	<b>Endereço</b>	常滑市xx町○○-○	<b>Nome do segurado</b>	常滑 太郎
	<b>N o m e</b>	常滑 一郎	<b>Seguradora</b>	○○健康保険組合
	<b>Data nasc.</b>	Ano平成△△Mês○○Diaxx	Há benefício adicional	有 · 無
<b>Mês do tratamento</b>	Ano△△Mês○○	Está dentro da região de cobertura		入 · 外
医療機関 Instituição médica	所在地 (endereço) 名称 (nome) <b>Conteúdo do Hokencho da criança</b>			
医療費総額 Valor total da despesa	円			
申請額 Valor de solicitação	円			
<b>Destino do depósito</b>	<b>Instituição Financeira</b>	○○○	Banco · 信組 農協 · 信金 △△△	Filial
	<b>Nº da conta</b>	comum · 当	<b>Katakana</b>	トコナメ タロウ
		xxxxxxx	<b>Nome do titular</b>	常滑 太郎
備考 Observação	<b>Se for conta do correio, as 5 letras e os 8 números</b>			
確認方法 Modo de confirmação	1 レセプトにて確認 ( 月 日) 2 保険者へ照会 ( 月 日) 回答 ( 月 日) 3 決定通知書 ( 月 日)			

※Preencher somente as áreas circuladas.