

Modelo de preenchimento (português) 記入例 (ポルトガル語)

様式第1号(その1)(第3条関係) 9999
R6.4 制度拡大用 子ども医療費受給者証交付申請書(新規)
 豊田市市長様 豊田市医療費助成条例第9条第1項の規定により、医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

受給者証番号 3 1 2

Solicitante	Data	令和 6 年 0 4 月 0 7 日
	Endereço	豊田市西町3丁目60
	Endereço atual:	Preencha somente se o endereço impresso acima estiver desatualizado.
	Nome	R I O S P E D R O
Telefone	0 7 0 1 2 3 4 5 6 7 8	

※ハイフンは不要ですので続けてご記入ください。

Criança	Notificação Nº	99999999	Data de nascimento	平成 19 年 1 月 1 日
	Furigana	リオス ペドロ	Nome	RIOS PEDRO

Seguro de Saúde	Seguradora	ABC 健康保険組合	Nº da Segurad.	99999999
	Segurado	リオス アントニオ (Titular)	Cód. - Nº	1 2 3 4 - 5 6 7 8 (Número do segurado)
	※Os dados acima são informações registradas no Certificado anterior. †Há alterações a serem feitas? <input type="checkbox"/> Não/なし <input type="checkbox"/> Sim/あり (anexe cópia do novo Cartão do Seguro de Saúde) <input type="checkbox"/> Sem informações/保険情報なし			
	Nº da Seguradora	0 1 2 3 4 5 6 7	Seguradora	全国健康保険協会 愛知支部
Segurado (Titular)	R I O S A N T O N I O	Cód. - Nº	9 9 9 9 9 9 9 9 - 9 9 9 9	

※Preencha a partir da esquerda. Utilize um espaço para cada letra em alfabeto ou caractere em japonês (inclusive sílabas como 'k' ou 'c') e deixe um espaço para separar os sobrenomes/nomes.

※Preencha na ordem Código 記号-Numero 番号 (alguns seguros possuem somente uma das duas numerações). Não é necessário declarar o 「枝番」 (alguns seguros não possuem essa numeração).

Nome do Responsável impresso no Certificado	Responsável	リオス アントニオ
	†Deseja alterar o nome do Responsável, impresso no Certificado? <input type="checkbox"/> Não/このままでよい <input type="checkbox"/> Sim/変更したい (Preencha os campos abaixo - somente Responsável residente em Toyota) <input type="checkbox"/> Não há nenhum Responsável residindo em Toyota (Neste caso, deixe o campo abaixo em branco)/	
	Responsável	R I O S O L I V I A
	Furigana	リオス オリビア
Data de nasc.	1 9 8 5 年 0 1 月 0 1 日	

Campo: Solicitante

Atualize o endereço apenas se houver alguma alteração em relação ao endereço impresso acima.

Declare o nome da criança ou responsável e número de telefone de contato.

Campo: Seguro de Saúde em que está inscrito

Verifique as informações impressas do seguro. Se não há alterações, assinale a opção Não/なし. Se há alterações, assinale a opção Sim/あり. Se não há informações impressas, a opção Sem informações/保険情報なし estará assinalada.

Se você assinalou Sim/あり ou não há informações impressas e a opção Sem informações/保険情報なし já está assinalada: declare os dados atuais e envie uma cópia do Cartão do Seguro de Saúde. *Para emissão do Certificado, é necessário fornecer uma cópia do Cartão do Seguro de Saúde.

Campo: Responsável

O nome do Chefe de Família constará como "Responsável" no Certificado. Se quiser manter essa informação, assinale em Não/このままでよい. Se pretende alterar, assinale em Sim/変更したい. Caso não tenha nenhum responsável residindo em Toyota, assinale em Não há nenhum Responsável residindo em Toyota/豊田市内に保護者が誰もいない.

Se pretende alterar e assinalou em Sim/変更したい, declare os dados do Responsável, que deve residir em Toyota.

Para não atrasar a emissão do Certificado, verifique se todas as informações estão declaradas e corretas.

Atenção:

Favor preencher de forma legível, ocupando um espaço para cada letra (em alfabeto) ou sílaba (em katakana, inclusive sílabas com flexões, como が ou ぱ) e deixando um espaço em branco entre os nomes e sobrenomes, pois a leitura desta Solicitação é processada eletronicamente.

• Como preencher o número do Seguro de Saúde (Ex. 1) 記号 1 2 A - 3 4 5 番号 6 7 8 枝番 0 3
 Preencha → 1 2 A - 3 4 5 - 6 7 8

※ Não precisa preencher o número após 枝番.
 (Ex. 2) 記号 está em branco 番号 1 2 3 - 4 5 6 7
 Preencha → 1 2 3 - 4 5 6 7

• O nome do Responsável é imprimido neste campo.

愛知県内のみ有効

子 医療費受給者証

受給者番号 3 1 2 1 7 7 0 5

氏名 豊田 太郎

生年月日 平成 19 年 1 月 1 日

住所 愛知県豊田市西町3丁目60番地

保護者 RIOS OLIVIA

有効期間 令和 6 年 4 月 1 日 から 令和 7 年 3 月 3 1 日 まで

発行機関名及び印 愛知県豊田市長

交付年月日 令和 6 年 4 月 1 日

この証は、被保険者証(又は組合員証)に添えて医療機関の窓口へ提出してください。

《Versão em português deste informativo》

Acesse o website da Prefeitura de Toyota através do Código QR. →→→

