

Thẻ hỗ trợ chi phí y tế “元氣っ子” sử dụng đ ược tới nă m 18 tuổi

Nội dung mở rộng

Từ ngày 1 tháng 10 nă m 2024, Thẻ hỗ trợ chi phí Y tế 元氣っ子 có thể tiếp tục sử dụng cho đ ến cuối nă m tài chính khi bạn đ ủ 18 tuổi (Ngày 31 tháng 3).

Chi phí y tế, dù là ngoại trú hay nội trú, đ ều miễn phí.

Đ ể đ ược cấp giấy , bạn sẽ cần phải nộp đ ƠN như sau.

Về thủ tục

Những người cần làm thủ tục

○Những người sinh từ ngày 2 tháng 4 nă m 2006 đ ến ngày 1 tháng 4 nă m 2009 và không nằm trong diện khuyết tật, rối loạn tâm thần, bố mẹ đ ƠN thân, v.v.

Đ ƠN đ ă ng ký sẽ đ ược gửi đ ến các hộ gia đ ình đ ủ đ iều kiện từ ngày 1 tháng 7 nă m 2024 cho đ ến ngày 19 tháng 7 nă m 2024

- Đ ƠN xin cấp Thẻ hỗ trợ chi phí y tế “元氣っ子”
- Bản sao thẻ bảo hiểm y tế của người đ ủ đ iều kiện (trẻ em)

Vui lòng gửi giấy tờ qua đ ường bưu đ iện hoặc nộp trực tiếp cho Phòng Hưu trí và Bảo hiểm Y tế Quốc gia .

Những người không cần làm thủ tục

○Những người sinh vào hoặc sau ngày 2 tháng 4 nă m 2009 và hiện đ ă có Thẻ hỗ trợ chi phí y tế “元氣っ子”

○Những người có thẻ hỗ trợ y tế riêng dành cho người khuyết tật, thiếu nă ng trí tuệ, hộ gia đ ình đ ƠN thân, v.v.

Gửi thẻ cho người thụ hưởng

Những người hiện có Thẻ hỗ trợ chi phí y tế “元氣っ子” và những người đ ă gửi đ ƠN đ ă ng ký sẽ nhận đ ược thẻ mới vào khoảng cuối tháng 9.

Vui lòng vứt bỏ thẻ thụ hưởng hiện tại của bạn khi bạn nhận đ ược thẻ mới.

Hãy hợp tác với chúng tôi đ ể giảm chi phí y tế.

Vui lòng viết thông tin vào giấy ①～⑤

元気っ子医療費受給者証交付申請書

碧南市長 様

① ngày viết 年 月 日

申請者 住所 đã được in

② 氏名 Tên người giám hộ trong cùng hộ gia đình

電話 số điện thoại

次のとおり元気っ子医療費受給者証の交付を申請します。
また、私に代わり保険者に対して高額療養費に関する調査、申請手続き及び受領並びに申請にあたり必要となる被保険者及び世帯員の課税証明書の交付申請に関すること並びに、私に保険者から直接高額療養費が支払われた場合は、碧南市に当該金額を返納することに同意します。

受給者番号		xin đừng viết gì cả		宛名番号	đã được in
元 気 っ 子	住所	đã được in			
	氏名	đã được in	生年月日	đã được in	
③ Giống như người nộp đơn	☒ 申請者と同じ	☐ 申請者と別（下に記入） ↓ Không giống người nộp đơn			
	住所	☐ 申請者と同じ	元気っ子 からみた 続柄	☐ 父 ☐ 母 ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ 他（ ）	
氏名	(Giới hạn cho những người trong cùng một hộ gia đình)		生年月日	年 月 日	
加入 保 險 情 報	被 保 險 者	住所	☐ 申請者と同じ Địa chỉ của người được bảo hiểm		
	氏名	☐ 申請者と同じ Tên người được bảo hiểm			
	保険証記号番号		Kí hiệu của thẻ bảo hiểm (記号) (để trống nếu không có) – Số thẻ bảo hiểm (không cần số chi nhánh) (番号)		
	保 險 者	番 号 右詰め	Mã bảo hiểm (8 chữ số)		
名称		Tên loại bảo hiểm của bạn đang sử dụng 国保・健保・協会・共済・組合・船員			

マイナンバーを用いて保険情報を確認させていただくことがあります。

対象のお子様の保険証をコピーして添付してください。

⑤

Dán mặt trước thẻ bảo hiểm
y tế của con bạn bằng keo hoặc
băng dính.
(Không cần mặt sau.)