

O Cartão de Despesas Médicas Genkiko pode ser usado até os 18 anos de idade

Sobre o conteúdo

A partir de 1º de outubro de 2024, você poderá usar seu Cartão de Despesas Médicas da Criança até o final do ano fiscal, quando completar 18 anos.

As despesas médicas, sejam elas ambulatoriais ou hospitalares, são gratuitas.

Para emitir um Cartão de Despesas Médicas você precisará se inscrever da seguinte forma.

Sobre o procedimento

Aqueles que precisam de procedimentos

○Aqueles nascidos entre 2 de abril de 2006 e 1º de abril de 2009 que não possuem documento de deficiência, transtorno mental, domicílio monoparental, etc.

Os formulários de inscrição foram enviados às famílias elegíveis em 1º de julho de 2024

Até 19 de julho de 2024,

- Formulário para solicitação de emissão de Cartão de Despesas Médicas para Crianças Genkiko.
- Cópia do cartão de seguro saúde (criança) da pessoa elegível

Por favor, envie-o pelo correio ou envie-o para a Divisão Nacional de Seguro de Saúde e Pensões.

Aqueles que não precisam de procedimentos

○Aqueles que nasceram em ou depois de 2 de abril de 2009 e atualmente possuem um cartão de despesas médicas para crianças.

○Aqueles que possuem um certificado de benefício separado devido a deficiência, deficiência mental, domicílio monoparental, etc.

Envio do Cartão de Despesas Médicas

Aqueles que atualmente possuem um Cartão de Despesas Médicas para Crianças e aqueles que enviaram uma solicitação receberão um Cartão de Despesa Médica estendida por volta do final de setembro.

Por favor, jogue fora seu Cartão de Despesas Médica atual quando receber o novo.

Por favor, coopere na redução de custos médicos.

Por favor escreva com cuidado dentro do espaço ①～⑤

元気っ子医療費受給者証交付申請書

① Data inserida

年 月 日

碧南市長 様

申請者 住 所 Já está impresso

② 氏 名 Nome do responsável no mesmo domicílio

電 話 Número de telefone

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		Por favor não escreva nada		宛名番号		Já está impresso	
元 気 っ 子	住所		Já está impresso				
	氏名		Já está impresso		生年月日		Já está impresso
保 護 者	③ Igual ☒ 申請者と同じ ao requerente ☐ 申請者と別（下に記入） Separado do requerente						
	住所		☐ 申請者と同じ Preencha se desejar por o nome de uma pessoa diferente do requerente no certificado.		元気っ子 からみた 続柄		☐ 父 ☐ 母 ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ 他（ ）
	氏名		(Limitado a pessoas da mesma família) 年 月 日				
加 入 保 險 情 報	被 保 險 者	住所	④ ☐ 申請者と同じ Endereço do segurado				
		氏名	☐ 申請者と同じ Nome do segurado				
	保険証記号番号		Símbolo do cartão de seguro (記号) (deixe em branco se não estiver disponível)		Número do cartão do seguro (não é necessário o número da agência)		
	保 險 者	番号 右詰め	Código da seguradora (8 dígitos)				
		名称	Nome do seu seguro 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

Cole na frente do cartão de seguro
saúde do seu filho com
cola ou fita adesiva.
(Não há necessidade no verso.)