

健康保険証(被保険者証)の交付について

SOBRE A EMISSÃO DO CARTÃO DE SEGURO DE SAÚDE (CARTÃO DO SEGURADO TITULAR)

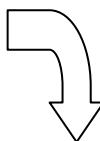
協会けんぽの健康保険証(水色)は以下のとおりです。被扶養者も含めて加入者1人1枚のカードとなります。

O Cartão de Seguro de Saúde da KYOKAI KENPO (cor azul) ver o modelo abaixo.

O segurado, inclusive o dependente é portador de 1 cartão individual .

協会けんぽの健康保険証(被保険者証)のイメージ

Modelo do Cartão de Seguro de Saúde (cartão do segurado titular)



Cartão de Seguro de Saúde do Segurado	Titular (segurado titular)	00163
	Data de emissão	6 abril de 2011 (Heisei 23/4/6)
	Código nº	21700023 nº 21
Nome	Kyokai Taro	
Data de nascimento	22 de outubro de 1986 (Showa 61/10/22)	
Data de inscrição no seguro	10 de outubro 2008 (Heisei 20/10/10)	
Nome da empresa Kabushiki Kaisha	
Nº do segurado	01010011	
Nome da seguradora	Zenkoku Hoken Kyokai	Agência
Endereço da seguradora	Cidade Distrito Bairro.....nº	carimbo

健康保険証(被保険者証)の取扱いにあたって

CUIDADOS EM RELAÇÃO AO CARTÃO DE SEGURO DE SAÚDE (CARTÃO DO SEGURADO TITULAR)

- 健康保険証の交付を受けたときは、直ちに裏面の住所欄に住所を自署して大切に保管してください。

Ao receber o cartão, escrever o endereço no verso do cartão e guardá-lo em lugar seguro.

(裏面)

注意事項 保険医療機関等において診療を受けようとするときは、必ずこの証をそ
の窓口で渡してください。

住所	
備考	

※ 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。
本欄に記入した場合は、「あらかじめのいざれの意思ありの個人の同意」。

1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。
2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。
3. 私は、臓器を提供しません。
（「又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。」）

〔特記欄：
署名年月日： 年 月 日〕

本人署名(自筆)： 家族署名(自筆)：



裏面 (verso)

住所 Endereço

備考 Observação

- 保険医療機関等において診療を受けようとするときには、必ず健康保険証を窓口で提出してください(70歳の誕生日の属する月の翌月(誕生日が月の初日である場合はその月)以後の場合は高齢受給者証を添えて提出してください)。

Ao consultar-se em estabelecimento médico, apresentar o Cartão de Seguro de Saúde no balcão hospitalar, (a pessoa que completar 70 anos no dia 1 do mês da consulta poderá usá-lo nesse mês), e a partir do mês seguinte do aniversário de 70 anos deverá apresentar também o Cartão de Seguro de Saúde do Idoso.

- 業務上での病気やケガでは健康保険での診療は受けられません。

Não é permitido usar o Seguro de Saúde em caso de doenças e ferimentos ocorridos durante o trabalho.

- 交通事故等により健康保険で受診したときは、かならず「第三者の行為による傷病届」を管轄の全国健康保険協会支部に提出してください。

Em caso de usar o Seguro de Saúde em situação de acidente de carro, deverá entregar sem falta, o "Formulário de Doença ou Acidente Causado por Terceiros"(Dai sansha no kooi ni yoru shobyo todoke) à agência da Associação de Seguro de Saúde do Japão (Zenkoku Kenko Hoken Kyokai) da jurisdição.

- 被保険者の資格を喪失したとき、又はその被扶養者でなくなったときは、保険証は使用できませんので、5日以内に健保証を事業主に提出してください。ただし、任意継続被保険者の方は、管轄の全国健康保険協会支部に返納してください。

Ao desligar-se do Seguro de Saúde ou deixar de ser dependente do Seguro de Saúde, não é permitido usar o Cartão de Seguro de Saúde e deverá devolvê-lo dentro de 5 dias à empresa. Caso seja Segurado Contínuo Facultativo (Nin I Keizoku Hihokensha) deverá devolvê-lo à agência da Associação de Seguro de Saúde do Japão (Zenkoku Kenko Hoken Kyokai) da jurisdição.

- 不正に健康保険証を使用した場合、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。

O uso ilegal do Cartão de Seguro de Saúde acarretará punição por lei penal por crime de fraude.

- 健康保険証の記載事項に変更があったときは、直ちに事業主を経由して提出し、訂正を受けてください。ただし、任意継続被保険者の方は、管轄の全国健康保険協会支部に直接提出し、訂正を受けてください。

Em caso de alteração nos dados citados no cartão, comunicar imediatamente à empresa e solicitar a alteração. Caso seja Segurado Contínuo Facultativo deverá solicitar a alteração à agência da Associação de Seguro de Saúde do Japão (Zenkoku Kenko Hoken Kyokai) da jurisdição.

- 健康保険証を紛失したときは、「健康保険被保険者証再交付申請書」を直ちに事業主を経由して提出し、再交付を受けてください。ただし、任意継続被保険者の方は、管轄の全国健康保険協会支部に直接提出してください。き損した場合は、再交付申請書とともにき損した健康保険証を添付してください。

Em caso de extravio do Cartão de Seguro de Saúde, deverá solicitar imediatamente a reemissão do cartão à empresa através do "Formulário de emissão da 2ª via do Cartão de Seguro de Saúde". Caso seja Segurado Contínuo Facultativo deverá solicitar diretamente à agência da Associação de Seguro de Saúde do Japão (Zenkoku Kenko Hoken Kyokai) da jurisdição. Em caso de Cartão de Seguro de Saúde danificado, apresentá-lo juntamente com o formulário de solicitação da 2ª via.



Japan Health Insurance Association

Associação de Seguro de Saúde do Japão
KYOKAI KENPO