

# Reissuance Application

再交付申請書(英語版)

Eligibility Certificate for Ceiling-Amount Medical Expenses 国民健康保険限度額適用認定証

Eligibility Certificate for Reduction of the Standard Amount of Patient Liability 国民健康保険限度額適用・食事療養標準負担額減額認定証

Qualification Specified Disease 国民健康保険特定疾病療養受療証

Others ( ) その他( )

※ に当てはまる場合はチェックをしてください。

豊田市長様

※太枠の中を記入してください

申請年月日

年 月 日

住所 Address	Toyota-shi		
世帯主 Householder		電話 Tel.	
氏名(窓口に来た人) Applicant's name	<input type="checkbox"/> 世帯主に同じ(別世帯の場合は委任状が必要です。) Same householder (If the applicant is from another family group, an Authorization Letter is necessary)	世帯主との 続柄 Relationship	配偶者・子 その他( )

被保険者証記号番号 Insurance Card No.			
被保険者氏名 Enroled person	続柄 Relationship	性別 Gender	生年月日 Date of birth
		M男 F女	年 月 日
		M男 F女	年 月 日
		M男 F女	年 月 日
		M男 F女	年 月 日
Application reason (再交付申請の理由)			
<input type="checkbox"/> Lost 紛失 <input type="checkbox"/> Damaged 汚損 <input type="checkbox"/> Others ( ) その他			

限度額 証等	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	その他	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	(本人確認)			
	<input type="checkbox"/> 限度額適用・食事療養標準負担額減額認定証 (長期: 有・無)		<input type="checkbox"/> その他( )	1点確認 免・住・外・身・その他( )			
	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 郵送		<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 郵送	2点確認 ( )			
	年 月 日		年 月 日	委任状 ( 有 / 無 )			
				受付	入力	審査	照合

※ 窓口に来た人が同一世帯でない場合は、別に委任状が必要です。