

- Cartão do Seguro Nacional de Saúde de Toyota 豊田市国民健康保険被保険者証  
 Cartão do Seguro Nacional de Saúde para Aposentados de Toyota 豊田市国民健康保険退職被保険者証  
 Certificado de Beneficiário do Seguro Nacional de Saúde de Toyota para Idosos 豊田市国民健康保険高齢受給者証

※Preencha os dados dos quadros em negrito.太枠の中を記入してください。

※Assinale a alternativa adequada. □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

Data de Solicitação 申請年月日

年 月 日

Endereço 住所	Toyota-shi		
Nome do Chefe de Família 世帯主		Tel. 電話	—
No. Individual 個人番号			
Nome do Requerente 氏名(窓口に来た人)	<input type="checkbox"/> O Chefe de Família世帯主と同じ		Parentesco com o Chefe de Família 世帯主との 続柄 Esposa 配偶者・Filho 子 Outros その他( )

No. do Segurado 被保険者記号・番号	—			
Nome do Segurado 被保険者氏名	Parentesco 続柄	Sexo 性別	Data de Nascimento (ano/mês/dia) 生年月日	Reemissão do Certificado de Beneficiário para Idosos 高齢受給者証の再交付
		M 男 · F 女	年 月 日	<input type="checkbox"/> Necessário 要
		M 男 · F 女	年 月 日	<input type="checkbox"/> Necessário 要
		M 男 · F 女	年 月 日	<input type="checkbox"/> Necessário 要
		M 男 · F 女	年 月 日	<input type="checkbox"/> Necessário 要
Motivo da Reemissão (再交付申請の理由)				
<input type="checkbox"/> Foi extraviado 紛失 <input type="checkbox"/> Está danificado 汚損 <input type="checkbox"/> Outrosその他 ( )				

被 保 險 者 証 等	<input type="checkbox"/> 被保険者証	高 齢 証	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 郵送	年 月 日	1点 免・個・在・身 その他( )	本 人 確 認
	<input type="checkbox"/> 退職被保険者証					

※ 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。

受付	入力	審査	照会