

再 交 付 申 請 書

- 国民健康保険限度額適用認定証
- 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
- 国民健康保険特定疾病療養受療証
- 国民健康保険医療費のお知らせ

※ 太枠の中を記入してください
 ※ □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

申請年月日 年 月 日

世帯主	住所	豊田市		
	氏名		電話	—
窓口に来た人	住所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ		
	氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	続柄	配偶者・子 その他()

被保険者 記号・番号	—			
被保険者氏名	続柄	性別	生年月日 医療費通知の対象期間	
		男・女	年 月 日	年 月 日
		男・女	年 月 日	年 月 日
		男・女	年 月 日	年 月 日
		男・女	年 月 日	年 月 日

(再交付申請の理由)

紛失 汚損 その他()

●窓口に来た人が同一世帯員でない場合、委任が必要です。
 私は、窓口に行く人に再交付申請を委任します。

(世帯主氏名) _____ 印 自署の場合は押印不要

限度額証等	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・食事療養標準負担額減額認定証	その他	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 医療費のお知らせ(来庁) <input type="checkbox"/> 同上 (電話)	本人確認	1点 免・個・在・身 その他()
	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 郵送 年 月 日		<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 郵送 年 月 日		2点 ()

※ 医療費のお知らせが電話受付の場合は、「窓口に来た人」を「電話をかけた人」と読み替えて記入してください。

受付	入力	審査	照会