

Requerimento de Reemissão

再交付申請書

ポルトガル語版

- Certificado de Qualificação para Abatimento de Despesas Médicas (Kokumin Kenkou Hoken Gendogaku Tekiyou Ninteishou)
- Certificado para Abatimento Padrão de Despesas Médicas (Kokumin Kenkou Hoken Gendogaku Tekiyou Shokuji Ryoyou Hyoujun Futan Gaku Gengaku Ninteishou)
- Certificado para Tratamento de Doenças Específicas (Kokumin Kenkou Hoken Tokutei Shippei Ryoyou Jyuryoushou)
- Relatório de Despesas Médicas (Kokumin Kenkou Hoken Iryouhi no Oshirase)

※ Preencher os campos dos quadros em negrito. Assinalar dentro do caso seja aplicável.

豊田市長様		Data de solicitação (ano/mês/dia) 申請年月		年	月	日
Chefe de Família 世帯主	Endereço 住所	Toyota-shi				
	Nome 氏名		Tel. 電話	-		
Pessoa que comparece ao balcão 窓口に来た人	Endereço 住所	<input type="checkbox"/> O mesmo do Chefe de Família 世帯主に同じ				
	Nome 氏名	<input type="checkbox"/> O Chefe de Família 世帯主に同じ	Parentesco 続柄	Cônjuge 配偶者・Filho(a) 子 Outros その他 ()		

Número de Segurado 被保険者記号・番号	-	
Nome do Segurado 被保険者氏名	Parentesco 続柄	Data de Nascimento 生年月日 Período do Relatório de Despesas Médicas 医療費通知の対象期間
		年 月 日 (ano/mês/dia)
		年 月 日 ~ 年 月 日 de (ano/mês/dia) a (ano/mês/dia)
		年 月 日 (ano/mês/dia)
		年 月 日 ~ 年 月 日 de (ano/mês/dia) a (ano/mês/dia)
		年 月 日 (ano/mês/dia)
		年 月 日 ~ 年 月 日 de (ano/mês/dia) a (ano/mês/dia)
		年 月 日 (ano/mês/dia)
		年 月 日 ~ 年 月 日 de (ano/mês/dia) a (ano/mês/dia)
Motivo da reemissão (再交付申請の理由)		
<input type="checkbox"/> Extravio 紛失 <input type="checkbox"/> Danificação 汚損 <input type="checkbox"/> Outros その他 ()		

● Se a pessoa que virá ao balcão não for do mesmo grupo familiar, é necessário procuração. 窓口に来た人が同一世帯員でない場合、委任が必要です。Eu autorizo a pessoa que comparece ao balcão fazer o trâmite de reemissão. 私は、窓口に行く人に再交付申請を委任します。

(Chefe de Família)
(世帯主氏名)

印 Não é necessário carimbar se
carimbo preenchido de próprio punho. 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	その他	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	本人確認	1点
	<input type="checkbox"/> 限度額適用・食事療養標準負担額減額認定証		<input type="checkbox"/> 医療費のお知らせ(来庁) <input type="checkbox"/> 同上 (電話)		免・個・在・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 ()
	年 月 日		年 月 日		

※ 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