

Solicitud de reemisión de los documentos del Seguro Nacional de Salud

再交付申請書 [スペイン語]

- Tarjeta de Certificación para la Reducción de Gastos Médicos (国民健康保険限度額認定証)
- Tarjeta de Certificación para la Reducción de Gastos Médicos y de Comida Hospitalaria (国民健康保険限度額適用・食事療養標準負担額認定証)
- Libreta para Personas con Tratamiento de Enfermedades Específicas (国民健康保険特定疾病療養受療証)
- Notificación de Gastos Médicos (国民健康保険医療費のお知らせ)

※Por favor, llene dentro de los cuadros en negrita.
太枠の中に記入してください。
※Marque con la opción que corresponda.
に当てはまる場合はチェックしてください。

Al Alcalde de la Ciudad de Toyota: 豊田市長様

Fecha de solicitud (申請日)

Año	Mes	Día

Jefe de familia (世帯主)	Domicilio (住所)	Toyota-shi		
	Nombre (名前)		Teléfono (電話)	—
Persona que se presenta en el mostrador (窓口に来た人)	Domicilio (住所)	<input type="checkbox"/> Mismo domicilio que el del Jefe de familia (世帯主と同じ)		
	Nombre (名前)	<input type="checkbox"/> El mismo Jefe de familia (世帯主と同じ)	Relación con el Jefe de familia (続柄)	Cónyuge (配偶者), Hijo/a(子) Otros ()

Número de Identificación del Asegurado 被保険者記号・番号	—
---	---

Nombre del Asegurado (被保険者氏名)	Relación con el Jefe de familia (続柄)	Fecha de nacimiento (生年月日)		
		Período correspondiente a la notificación de gastos médicos (医療通知の対象期間)		
		Año	Mes	Día
		年	月	日
		Año	Mes	Día
		年	月	日
		Año	Mes	Día
		年	月	日
		Año	Mes	Día
		年	月	日
		Año	Mes	Día
		年	月	日

Motivo por el que solicita la reemisión. (再交付の理由)

Extravío:紛失 Daño o manchas :汚損 Otros:その他 ()

- Si la persona que se presenta en el mostrador pertenece a otro grupo familiar, es necesario que el Jefe de familia firme abajo dando la autorización. 窓口に来た人が同一世帯員でない場合、委任が必要です。

Designo a la persona indicada arriba como mi apoderado para hacer la solicitud de reemisión del documento de Seguro Nacional de Salud. 私は、窓口に行く人に再交付申請を委任します。

Nombre completo del Jefe de familia
世帯主氏名

Sello * Si es la propia firma del jefe de familia, no se requiere de sello. (自署の場合には押印不要)

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 <input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 郵送 年 月 日	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) <input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 郵送 年 月 日	本人確認	1点 免・個・在・身 その他() 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