

再交付申請書

再交付申請書

中国語版

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認定証

国民健康保険限度額適用・就養療養標準負担額減額認定証

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

国民健康保険特定疾病療養受療証

国民健康保険医療費的通知

国民健康保険医療費のお知らせ

※请填写与粗框内的内容

太枠の中を記入してください

※请在该当项目的□内打V

□に当てはまる場合はチェックをしてください。

豊田市長先生 豊田市長様

申請年月日

申請年月日

年

月

日

户主 世帯主	住址 住所	豊田市		
	姓名 氏名	电话 電話	-	
来窓口者 窓口に来た人	住址 住所	<input type="checkbox"/> 与户主相同 世帯主に同じ		
	姓名 氏名	<input type="checkbox"/> 与户主相同 世帯主に同じ	亲属 关系 続柄	配偶者・子女・其他() 配偶者・子その他()

被保険者記号・号码 被保険者記号・番号	-		
被保険者姓名 被保険者氏名	亲属关系 続柄	出生年月日 生年月日	年月日
		医疗费通知の対象期間 医療費通知の対象期間	年月日 ~ 年月日
		年月日	年月日
		年月日 ~ 年月日	年月日
		年月日	年月日
		年月日 ~ 年月日	年月日
		年月日	年月日
		年月日 ~ 年月日	年月日

(申請再次交付的理由 再交付申請の理由)

遺失 紛失 汚損 汚損 其他 其他 ()

●来窓口者不是同一家庭成员时、需要予以委任。窓口に来た人が同一世帯員でない場合、委任が必要です。

我委任去窓口者、进行再次交付的申请。私は、窓口に行く人に再交付申請を委任します。

(户主姓名 世帯主氏名)

印

亲自署名时、不需要按印

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	その他	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	本人確認	1点 免・個・在・身 その他()
	<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)		
<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 郵送	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