

# Application Form of Reissuance (再交付申請書) [英語]

- NHI Eligibility Certificate for Ceiling-Amount (国民健康保険限度額認定証)
- NHI Eligibility Certificate for Ceiling-Amount and Reduction of The Standard Amount for Meal (国民健康保険限度額適用・食事療養標準負担額認定証)
- NHI Eligibility Certificate of Medical Treatment for Specified Diseases(国民健康保険特定疾病療養受療証)
- Notice of the NHI Medical Expenses (国民健康保険医療費のお知らせ)

※Please fill in the blanks within the bold lines field.  
太枠の中に記入してください。  
※Please check mark  to one of the above  if applicable.  
に当てはまる場合はチェックしてください。

To the Mayor of Toyota City:豊田市長様,

Application Date (申請日)	Year 年	Month 月	Day 日
------------------------	-----------	------------	----------

Householder (世帯主)	Address (住所)	Toyota-shi		
	Name (名前)		TEL (電話)	—
Person who came to the counter (窓口に来た人)	Address (住所)	<input type="checkbox"/> Same as householder(世帯主に同じ)		
	Name (名前)	<input type="checkbox"/> Same as householder(世帯主に同じ)	Relationship (続柄)	Spouse(配偶者)・Child(子) Other ( )

Insurance Card Number (被保険者記号・番号)	—
--------------------------------------	---

Insured Person's Full Name (被保険者氏名)	Relationship (続柄)	Date of Birth(生年月日)		
		Eligible Period of Medical Expense Notice(医療通知の対象期間)		
		Year 年	Month 月	Day 日
		Year 年	Month 月	Day 日
		Year 年	Month 月	Day 日
		Year 年	Month 月	Day 日
		Year 年	Month 月	Day 日
		Year 年	Month 月	Day 日

Reason of requesting Reissuance. (再交付の理由)

Lost:紛失  Stain and damaged :汚損  Other:その他 ( )

● If the person who came to the counter is not registered in the same household, the householder should fill in the authorization below.  
窓口に来た人が同一世帯員でない場合、委任が必要です。  
I hereby that to request delegate of reissuance application procedure to the person below.  
私は、窓口に行く人に再交付申請を委任します。

Householder's Name  
世帯主氏名

Seal \* Personal seal is need only if the householder is unable to  
印 write by him/herself. (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 ( ) 2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)		
	<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