

- Cartão do Seguro Nacional de Saúde de Toyota 豊田市国民健康保険被保険者証
- Certificado de Beneficiário do Seguro Nacional de Saúde de Toyota para Idosos 豊田市国民健康保険高齢受給者証

※Preencha os dados dos quadros em negrito.太枠の中を記入してください。
 ※Assinale a alternativa adequada. □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

Data de Solicitação 申請年月日 年 月 日

Endereço 住所	Toyota-shi		
Nome do Chefe de Família 世帯主		Tel. 電話	—
My Number 個人番号			
Nome do Requerente 氏名(窓口に来た人)	<input type="checkbox"/> O Chefe de Família 世帯主と同じ		Parentesco com o Chefe de Família 世帯主との続柄 Esposa 配偶者・Filho 子 Outros その他()

No. do Segurado 被保険者記号・番号	—		
Nome do Segurado 被保険者氏名	Parentesco 続柄	Data de Nascimento (ano/mês/dia) 生年月日	Reemissão do Certificado de Beneficiário para Idosos 高齢受給者証の再交付
My Number 個人番号		年 月 日	<input type="checkbox"/> Necessário 要
		年 月 日	<input type="checkbox"/> Necessário 要
		年 月 日	<input type="checkbox"/> Necessário 要
		年 月 日	<input type="checkbox"/> Necessário 要
Motivo da Reemissão (再交付申請の理由)			
<input type="checkbox"/> Foi extraviado 紛失 <input type="checkbox"/> Está danificado 汚損 <input type="checkbox"/> Outros 其他 ()			

被保険者証	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 郵送 年 月 日	高齢証	<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 () <input type="checkbox"/> 委任状

※ 窓口に来た人が同一世帯でない場合は、別に委任状が必要です。

受付	入力	審査	照会