

# 再交付申請書 (スペイン語) Pedido de Reemisión

- Tarjeta de Seguro de Salud 豊田市国民健康保険被保険者証
- Certificado de Subsidio Médico para Ancianos 豊田市国民健康保険高齢受給者証

※太枠の中を記入してください。  
 ※ 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

申請年月日 Fecha/solicitud (Año/Mes/Día) 年 月 日

住所 Dirección	Toyota-shi		
世帯主 Jefe de Familia		電話 Tel	—
個人番号 Número Personal			
氏名 (窓口に来た人) Nombre del Solicitante	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ El mismo jefe de familia	世帯主との 続柄 Parentesco	配偶者 Esposa・子 Hijo その他 Otros ( )

被保険者記号・番号 Número de Asegurado	—		
被保険者氏名 Nombre	続柄 Parentesco	生年月日 Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día)	高齢受給者証の再交付 Certificado de Subsidio Médico para Ancianos (marcar si es necesario)
個人番号 Respectivo Número Personal		年 月 日	<input type="checkbox"/> 要
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 要
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 要
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 要

(再交付申請の理由) Razón de la solicitud

紛失 Extraviado

汚損 Dañado

その他 Otros ( )

被 保 険 者 証	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 郵送	高 齢 証	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 郵送	本 人 確 認	1点 免・個・在・身 その他 ( )
	年 月 日		年 月 日		( ) <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