

様式第7号 再交付申請書 (英語) **Insurance Cards Reissuance**

- 豊田市国民健康保険被保険者証
- 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 Application date (Year/Month/Day)		年	月	日
住所 Address	Toyota-shi					
世帯主 Householder's name				電話 TEL	—	
個人番号 Householder's Social Security & Tax Number						
氏名 (窓口に来た人) Applicant's name	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ Same as householder			世帯主との続柄 Relationship	配偶者 Spouse・子 Child その他 Other ( )	

被保険者記号・番号 Insured Person's Number	—				
被保険者氏名 Respective Names	続柄 Relationship	生年月日 Date of birth (Year/Month/Day)	高齢受給者証の再交付 Elderly Medical Subsidy Card (check if needed)		
個人番号 Respective Social Security & Tax Numbers		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) Application reason					
<input type="checkbox"/> 紛失 Lost <input type="checkbox"/> 汚損 Damaged <input type="checkbox"/> その他 Other ( )					

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