

## Solicitud de Reemisión 再交付申請書（スペイン語）

Por favor, llene dentro de los cuadros en negrita. 太枠の中を記入してください。

Marque con una ✓ en la casilla correspondiente. □に当てはまる場合はチェックしてください。

豊田市長 様

Fecha de solicitud (año/mes/día) 申請年月日

年 月 日

Domicilio 住 所	Toyota-shi		
Jefe de familia 世 帯 主		電話 Tel.	—
Número Personal 個人番号	□		
Persona que se presenta en la ventanilla 氏名 (窓口に来た人)	□ El mismo jefe de familia 世帯主に同じ	Relación con el jefe de familia 世帯主との続柄	Cónyuge 配偶者 / Hijo/a 子 Otros その他 ( )

Código/Número del asegurado 被保険者記号・番号	—			
Nombre del asegurado 被保険者氏名	Parentesco 続柄	Sexo 性別	Fecha de nacimiento (año/mes/día) 生 年 月 日	Documento a ser reemitido 再交付の書類
□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□	M • F	年 月 日	□ 資格確認書 Tarjeta de Afiliación al Seguro Nacional de Salud □ 資格情報のお知らせ Constancia de Afiliación al Seguro Nacional de Salud
□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□	M • F	年 月 日	□ 資格確認書 Tarjeta de Afiliación al Seguro Nacional de Salud □ 資格情報のお知らせ Constancia de Afiliación al Seguro Nacional de Salud
□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□	M • F	年 月 日	□ 資格確認書 Tarjeta de Afiliación al Seguro Nacional de Salud □ 資格情報のお知らせ Constancia de Afiliación al Seguro Nacional de Salud
□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□	M • F	年 月 日	□ 資格確認書 Tarjeta de Afiliación al Seguro Nacional de Salud □ 資格情報のお知らせ Constancia de Afiliación al Seguro Nacional de Salud
□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□	M • F	年 月 日	□ 資格確認書 Tarjeta de Afiliación al Seguro Nacional de Salud □ 資格情報のお知らせ Constancia de Afiliación al Seguro Nacional de Salud

Motivo de la solicitud de reemisión (再交付申請の理由)

- Pérdida 紛失
- Deterioro 汚損
- Otros (especificar) その他 ( )

本 人 確 認	1点 免・個・在・身 その他 ( ) 2点 ( ) □ 委任状	□ 交付 □ 郵送 年 月 日	受付	入力	審査	照会

En caso de que la persona que se presente en la ventanilla no pertenezca al mismo grupo familiar del solicitante, es necesario presentar una carta poder. 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。