

## Application for Reissuance of Insurance Cards 再交付申請書（英語）

※Please fill in within the bold lines. 太枠の中を記入してください。

※Please check the box if applicable. □に当てはまる場合はチェックをしてください。

To the Mayor of Toyota City 豊田市長 様

Application date (Y/M/D) 申請年月日

年 月 日

Address 住所	Toyota-shi	TEL 電話	—
Householder's name 世帯主			
Householder's My Number 個人番号			
Applicant's name 氏名 (窓口に来た人)	<input type="checkbox"/> Same as householder 世帯主と同じ	Relationship to the householder 世帯主との続柄	Spouse 配偶者・Child 子 Other その他 ( )

Insured Person's Number 被保険者記号・番号	—	※ (A) = Health Insurance Eligibility Certificate (B) = Health Insurance Eligibility Notification			
Name of the insured person 被保険者氏名 My Number 個人番号		Relationship 続柄	Gender 性別	Date of birth (Y/M/D) 生年月日	
			M • F	年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 (A) <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ (B)
			M • F	年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 (A) <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ (B)
			M • F	年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 (A) <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ (B)
			M • F	年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 (A) <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ (B)
			M • F	年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 (A) <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ (B)

Reason for reissuance (再交付申請の理由)

- Lost 紛失
- Damaged 汚損
- Other その他 ( )

本人 確認	1点 免・個・在・身 その他 ( ) 2点 ( ) <input type="checkbox"/> 委任状	□交付 <input type="checkbox"/> 郵送 年 月	受付	入力	審査	照会

※If the person coming to the counter is not from the same family unit, a letter of authorization will be required additionally.

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。