

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					
Householder's name 世帯主						TEL 電話	—
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		Relationship 続柄	Gender 性別	Date of birth (Y/M/D) 生 年 月 日	What is being reissued ※ 再交付の種類
My Number 個人番号					
			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）					
<input type="checkbox"/> Lost 紛失 <input type="checkbox"/> Damaged 汚損 <input type="checkbox"/> Other その他（ ）					

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

※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。