

様式第7号 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				<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 認証	1点 免・個・在・身 その他 ()	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 郵送	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。