

再 交 付 申 請 書

- ☐ 国民健康保険限度額適用認定証
☐ 国民健康保険限度額適用・食事療養標準負担額減額認定証
☐ 国民健康保険特定疾病療養受療証
☐ 国民健康保険医療費のお知らせ

※ 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

年

月

日

世帯主	住所	豊田市		
	氏名		電話	—
窓口に来た人	住所	☐ 世帯主と同じ		
	氏名	☐ 世帯主と同じ	続柄	配偶者・子 その他()

被保険者 記号・番号	—		
被保険者氏名	続柄	生年月日	
		医療費通知の対象期間	
		年 月 日	
		年 月 日 ~ 年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日 ~ 年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日 ~ 年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日 ~ 年 月 日	

(再交付申請の理由)

☐ 紛失 ☐ 汚損 ☐ その他 ()

●窓口に来た人が同一世帯員でない場合、委任が必要です。

私は、窓口に行く人に再交付申請を委任します。

(世帯主氏名)

印 自署の場合は押印不要

限度額証等	☐ 限度額適用認定証 ☐ 限度額適用・食事療養 標準負担額減額認定証	その他	☐ 特定疾病療養受療証 ☐ 医療費のお知らせ(来庁) ☐ 同上 (電話)	本人確認	1点 免・個・在・身 その他() 2点 ()
	☐ 交付 ☐ 郵送 年 月 日		☐ 交付 ☐ 郵送 年 月 日		

※ 医療費のお知らせが電話受付の場合は、「窓口に来た人」を
「電話をかけた人」と読み替えて記入してください。

受 付	入 力	審 査	照 会