

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 令和5年4月1日

| | | | | |
|--------|----|--|----|------------------|
| 世帯主 | 住所 | 豊田市 西町3丁目60番地 | | |
| | 氏名 | 豊田 太郎 | 電話 | 34 - 6637 |
| 窓口に来た人 | 住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 世帯主と同じ | | |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ 豊田 一郎 | 続柄 | 配偶者・子 その他() |

| | | | |
|---|------------|----------------------------|--|
| 被保険者 記号・番号 | | 123 - 5678 | |
| 被保険者氏名 | 続柄 | 生年月日 | |
| | | 医療費通知の対象期間 | |
| 豊田 太郎 | 世帯主 | 昭和30年3月1日 | |
| | | 令和4年1月1日 ~ 令和4年4月1日 | |
| 豊田 花子 | 妻 | 昭和34年1月15日 | |
| | | 令和4年1月1日 ~ 令和4年2月1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) | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 | その他 | <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 | 本人確認 | 1点 |
| | <input type="checkbox"/> 限度額適用・食事療養標準負担額減額認定証 | | <input type="checkbox"/> 医療費のお知らせ(来庁) <input type="checkbox"/> 同上 (電話) | | 免・個・在・身 その他() |
| | <input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 郵送 | | <input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 郵送 | | 2点 () |
| | 年 月 日 | | 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 |
| | | | |