

課長	課長補佐	主幹・係長	係

再交付



資格確認書等再交付申請書

所属所コード (右づめ)			組合員番号 (右づめ)				所属所名		組合員氏名	

交 付 対 象 者	組合員等			氏名	続柄	再交付申請する項目に○を付けてください。
	記号	番号	枝番			
	.....	.....	.....			1. 資格確認書 4. 特定疾病療養受療証 2. 高齢受給者証 5. 限度額適用認定証 3. 特別療養証明書 6. 限度額適用・標準負担額減額認定証
	住所				申請の理由に○を付けてください。	
	〒 -				1. 亡失 (状況) 2. 損傷 (状況) 3. その他 (状況)	
	組合員等			氏名	続柄	再交付申請する項目に○を付けてください。
	記号	番号	枝番			
	.....	.....	.....			1. 資格確認書 4. 特定疾病療養受療証 2. 高齢受給者証 5. 限度額適用認定証 3. 特別療養証明書 6. 限度額適用・標準負担額減額認定証
	住所				申請の理由に○を付けてください。	
	〒 -				1. 亡失 (状況) 2. 損傷 (状況) 3. その他 (状況)	
	組合員等			氏名	続柄	再交付申請する項目に○を付けてください。
	記号	番号	枝番			
.....	.....	.....			1. 資格確認書 4. 特定疾病療養受療証 2. 高齢受給者証 5. 限度額適用認定証 3. 特別療養証明書 6. 限度額適用・標準負担額減額認定証	
住所				申請の理由に○を付けてください。		
〒 -				1. 亡失 (状況) 2. 損傷 (状況) 3. その他 (状況)		

※ 再交付申請の理由が「損傷」の場合は、当該証(書)を添付してください。

申 請 者 欄	上記のとおり申請します。	所 属 所 確 認 欄	上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。
	静岡県市町村職員共済組合理事長 様		静岡県市町村職員共済組合理事長 様
	令和 年 月 日		令和 年 月 日
	申請者		所属所長
	住所		職名
	氏名		氏名