|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 共　済組　合使用欄 | 保険課長 | 担　　　当 |  | 確認書作成 | 台　帳 |
|  |  |  |  |  |

**資格確認書等再交付申請書**

2024.12

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 下記のとおり申請します。山口県市町村職員共済組合理事長　様　　　　　　　　年　　　月　　　日 | 組合員等記号・番号 | － |
| 組合員　住所 〒　　　-　　　　　　　　氏名　　 |

**再交付を申請する資格確認書等**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名（１名のみ） | （　　　　　年　　　月　　　日生） | 組合員との続　柄 |  |
| 該当の証に〇（複数可） |  | 資格確認書（船員または任意継続を含む） |
|  | 資格情報通知書 |
|  | 高齢受給者証 |
|  | 限度額適用認定証 | 有効年度　　　　　　　　　　　　年度 |
|  | 限度額適用・標準負担額減額認定証 | 有効期限　　　　　　　　年　　　　月 |
|  | 特定疾病療養受療証 |

**再交付申請の理由**（該当に○）

|  |
| --- |
| 亡失　・　盗難　・　焼失　・　汚損※　・　破損※　・　住所記入欄の不足※その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

* 汚損、破損及び住所記入欄の不足による再交付は、旧証の返納が必要です。

共済組合受付印

|  |
| --- |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属所長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　 |

１　組合員等記号・番号が不明なため該当欄に記入できない場合は、共済組合が定める「個人番

号申告票」を添付してください。

２　再交付を受けた後に紛失等した資格確認書等（旧証）が見つかった場合は、旧証を共済組合

へ必ず返納してください。

３　資格確認書について、マイナンバーカードの健康保険証利用登録をしている方には、再交付

できません。

ただし、マイナ保険証での受診が困難な、要介護の高齢者や障害をお持ちの方については、この限りではなく、マイナンバーカードの健康保険証利用登録状況に関わらず、資格確認書を交付いたします。