

	組 長	担 当	確認書作成	台 帳
記入例				
使用欄				

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 令和△△年 △△月 △△日	組 合 員 等 記 号 ・ 番 号	△△△-△△△△
	組 合 員 住 所	〒△△△-△△△△ 〇〇市〇〇町△番△△号 APARTMENT△△△ 氏 名 山口 共済

再交付を申請する資格確認書等

対象者氏名 (1名のみ)	山口 共済 (平成 △△年 △△月 △△日生)	組合員との 続 柄	本人	
該 当 の 証 に ○ (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。 令和△△年 △△月 △△日 職 名 〇〇市長 所 属 所 長 氏 名 〇〇 〇〇
---------------------------------	---

- 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。
- 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。
- 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。