

再交付等申請書

組合員等 記号・番号	公立神奈川				組合員氏名	組合員 生年月日	S 年 月 日 H
(所属コード) 所属所名					所属所電話	- -	再交付等する 者の氏名
再交付等が必要な証等 (<input checked="" type="checkbox"/> してください)	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 (限度額適用・標準負担額減額認定証) <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書						
	<p>(資格確認書の交付は、次の①～④のいずれかに該当する場合に限りです)</p> <p>①マイナンバーカードの未取得者・返納者・紛失者・更新中の者 ②マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者(利用登録解除者等を含む) ③マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者 ④マイ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要がある要配慮者</p>						
再交付等の理由 (<input checked="" type="checkbox"/> してください)	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 印字不鮮明又は破損→ (新しい証等が到達後、古い証等を共済組合へ返納してください。) <input type="checkbox"/> その他→ (理由：)						
上記のとおり申請します。							
公立学校共済組合神奈川支部長 様				組合員氏名			
令和 年 月 日				(署名)			

所属所文書受付印

共済組合文書受付印

<提出先・問合せ先>
〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179

再交付等申請書

【記入例】

政令市の場合は共済
所属コードを参照
してください。

組合員等 記号・番号	1 2 3 4 5 6	組合員氏名	共済 花子	組合員 生年月日	56年1月1日
(所属コード) 所属所名	1 2 3 4	所属所電話	〇〇 - 〇〇 - 〇〇	再交付等する 者の氏名	共済 花子
再交付等が必要な証等 (<input checked="" type="checkbox"/> してください)	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 (限度額適用・標準負担額減額認定証) <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書 (資格確認書の交付は次の①～④のいずれかに該当する場合に限ります) ①マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者 ②マイナンバーカードのマイナンバー保険証利用登録を行っていない者(利用登録解除者等を含む) ③マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者 ④マイ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要がある要配慮者				
再交付等の理由 (<input checked="" type="checkbox"/> してください)	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 印字不良 <input type="checkbox"/> その他				
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合神奈川支部長 様 令和6年12月2日					
			組合員氏名	共済 花子	
			(署名)		

資格確認書の交付は次の①～④のいずれかに該当する場合に限ります)

該当するものに「✓」印

該当するものに「✓」印

<提出先・問合せ先>
 〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1
 公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
 電話 (045)210-8179

所属所文書受付印
 〇〇市立
 〇〇〇〇学校
 〇〇年〇月〇日
 收受印

共済組合文書受付印