

記入例

班 長	担 当	原 票

資格確認書(再)交付申請書

組合員証番号 ※7桁・右詰		組合員氏名(フリガナ)		生年月日			所属機関名 (〇〇部〇〇課・〇〇病院)				
地・沖縄	0123456	フリガナ: キョウサイ タロウ 漢字: 共済 太郎		☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	50	11	11	〇〇部〇〇課・ 〇〇病院			
住 所		〒0000-00000 沖縄県那覇市〇番地〇									
(再)交付対象者		1. 被保険者(本人)分のみ 2. 被扶養者(家族)分のみ 3. 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分									
1	再交付対象者 氏名	フリガナ: キョウサイ タロウ 共済 太郎		生年月日 和暦 年 月 日 ☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和			50	11	11	続柄 (長男等) 本人	資格確認書発行要否 (理由は下記から選択) 発行必要 ☒ ①
	住 所	〒- 同上									
2	再交付対象者 氏名	フリガナ:		生年月日 和暦 年 月 日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和						続柄 (長男等)	資格確認書発行要否 (理由は下記から選択) 発行必要 ☐ 理由
	住 所	〒- 									
再交付申請の理由 (〇で囲むこと)		☒ 紛失 ・ 盗難 ・ 破損 ・ 新規									
紛失・盗難の場合は、いつ、どこで、誰が、どのような状態で亡失したか等、詳細に記入してください。 (※紛失・盗難の場合には悪用される恐れがありますので、警察に届け出ることをお勧めします。) 具体的な日付や理由を記入してください。											
資格確認書 発行理由		※マイナ保険証利用可能な方は発行対象外です。 1. マイナンバーカードを持っていないため 2. マイナ保険証利用登録をしていないため(または利用解除したため) 3. マイナ保険証による受診に第三者の介助が必要なため 4. その他()									
上記のとおり申告します。 なお、紛失・盗難の場合は、その組合員証等が不正に使用されたときは、私の責任において処理します。 地方職員共済組合沖縄県支部長 殿 令和 7 年 4 月 1 日 申請者 住所 沖縄県那覇市〇番地〇 氏名 共済 太郎											
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 7 年 4 月 1 日 所属所長 職名 所属所名 氏名 所属所長名											
地共済受付印		所属所受付印									
※破損の場合には、その組合員証等を添付してください。											
所属所担当者氏名		共済 三郎									
所属所連絡先		IP:0000									