

課 長	保 健	係

## 資格確認書 (再) 交付申請書

組合員情報	組合員等記号番号 又は個人番号※	-	所属所名	
	フリガナ			生年月日
	組 合 員 氏 名			昭・平・令 年 月 日

※「個人番号」の記入は、必須ではありません。

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/>	1 組合員(本人)分のみ 2 被扶養者(家族)分のみ 3 組合員(本人)および被扶養者(家族)分	
	組合員	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
		同上	同上	<input type="checkbox"/> 理由欄より 必ず選択ください
	被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由
			昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 理由欄より 必ず選択ください
被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	
		昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 理由欄より 必ず選択ください	
被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日	申請理由	
		昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 理由欄より 必ず選択ください	

理由欄	1 : マイナンバーカードを紛失したため 2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため 3 : マイナンバーカードを返納したため 4 : マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため 5 : 資格確認書を滅失・き損したため
-----	--

上記のとおり申請します。  栃木県市町村職員共済組合理事長 様  年 月 日  <div style="text-align: right;">住所 申請者 氏名</div>
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  <div style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</div>

共済組合受付日付印
-----------