

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	〇〇市役所
		必須ではありません		
	フリガナ	キョウサイ タロウ	生年月日	
	組合員氏名	共 済 太 郎	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	3	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	同上	生年月日	同上	申請理由	2	理由欄より 必ず選択ください
	被扶養者①	フリガナ 氏名	キョウサイ ハナコ	共 済 花 子	生年月日	昭平令 ×× 年 ×× 月 ×× 日	3	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	日	1	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	日	1	理由欄より 必ず選択ください

申請理由が「1」「2」の場合は、一時的に必要となることが見込まれるため、A4形式の資格確認書（有効期限：交付日から1か月）を交付します。
 申請理由が「5」のうち滅失した場合は、「誓約書」を添付してください。

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)のサポートが必要のため 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

住所 〇〇市 〇〇町 ××-××

申請者 共済ハイツ×××

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。

×× 年 ×× 月 ×× 日

職名 〇〇市長

所属所長

氏名 〇 〇 〇 〇 〇

共済組合受付日付印