

班 長	担 当	原 票

組 合 員 証 等 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)
		和暦	年	月	日	
地・沖縄	フリガナ:	<input type="checkbox"/> 昭和				
	漢字:	<input type="checkbox"/> 平成				

再交付対象者氏名 (続柄)	対象者氏名	続柄(本人・妻・長男等)
------------------	-------	--------------

住 所	〒 [] [] [] - [] [] [] []
-----	---------------------------------

再交付を申請する証の 数字を○で囲むこと	1. 組 合 員 証 2. 組 合 員 被 扶 養 者 証 3. 船 員 組 合 員 証 4. 船 員 被 扶 養 者 証 5. 限 度 額 適 用 認 定 証 6. 限 度 額 適 用 ・ 標 準 負 担 額 減 額 適 用 認 定 証 7. 高 齢 受 給 者 証 8. 特 定 疾 病 受 領 証
-------------------------	--

再交付申請の理由 (○で囲むこと)	紛 失 ・ 盗 難 ・ 破 損
----------------------	-------------------------------------

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。)

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 年 月 日 住所 申請者 氏名

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 所属所長 氏名

公印
省略

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	
所属所連絡先	

班長	担当	原票

組合員証等再交付申請書

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	0 1 2 3 4 5 6	フリガナ: キョウサイ タロウ 漢字: 共済 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 50	月 11	日 11	〇〇部〇〇課・ 〇〇病院

再交付対象者氏名 (続柄)	対象者氏名 共済 太郎	続柄(本人・妻・長男等) 本人・妻・長男等
------------------	----------------	--------------------------

住 所	〒 000-0000 沖縄県那覇市〇番地〇
-----	--------------------------

再交付を申請する証の 数字を〇で囲むこと	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 組合員証 2. 組合員被扶養者証 3. 船員組合員証 4. 船員被扶養者証 5. 限度額適用認定証 6. 限度額適用・標準負担額減額適用認定証 7. 高齢受給者証 8. 特定疾病受領証
-------------------------	--

再交付申請の理由 (〇で囲むこと)	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 ・ 盗難 ・ 破損
----------------------	--

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。

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 5 年 4 月 3 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 5 年 4 月 5 日

所属所長

職名 所属所名

氏名 所属所長名

公印
省略

地共済受付印	所属所受付印
	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