

# 再交付申請書

<b>組合員の 記号番号 (職員番号)</b>	仙 市	<b>所 属</b>					
<b>組合員氏名</b>		<b>生年月日</b>	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日			
<b>証 種 別</b>	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <sup>※</sup> (交付理由を選択)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを取得していない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを保有しているが健康保険証登録を行っていない <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用が困難な「要配慮者」である					
	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
<b>再交付対象者</b>	<input type="checkbox"/> 組合員本人						
	<input type="checkbox"/> 被扶養者	<b>氏 名</b>					
		<b>氏 名</b>					
<b>再 交 付 申 請 理 由</b>	<input type="checkbox"/> 破損・汚損 (旧証添付)						
	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他 (経過を記入)	(経過) 亡失した証票等が他人に使用され自己を生じた場合には私がその一切の責任を負うことを誓約します。また、後日証票等を発見した際は、直ちに連絡のうえ、返却いたします。					
上記のとおり申請します。  仙台市職員共済組合理事長 様  令和 年 月 日  住 所  組合員 氏 名 (自署又は記名押印) 日 中 連 絡 先 電 話 番 号			<b>所 属 所 確 認 欄 ( 課 収 受 印 )</b>				
共済組合受付印		回 収	交 付	共 済 組 合 決 裁 欄			
				事 務 局 長	事 務 局 次 長	係 長	係 員
		庁 窓 郵					
※令和6年12月1日以前に交付された健康保険証(旧組合員証、旧組合員被扶養者証)の再交付も資格確認書として申請してください。							