

事務局長	課長	課員

再交付申請書 兼 紛失届書

組合員等 記号・番号	—	所属機関名	
組合員氏名		生年月日	元号 年 月 日生
再交付 対象者氏名		続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者（ ）
再交付する 証の名称	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証		
再交付申請 の理由			
証を紛失した 者の氏名		続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者（ ）
紛失した証 の名称	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
<p>上記のとおり申請（届出）します。</p> <p style="text-align: center;">香川縣市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">〒 ー</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名</p>			
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</p>			

※紛失した旨のみ届け出る場合は、再交付に関する欄への記入は不要です。

※該当する選択肢に、✓を付してください。