

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	853 — 1000	所属機関名	〇〇〇市
組合員氏名	共 済 太 郎	生年月日	元号 平成 2 年 1 月 1 日生
再交付 対象者氏名	共 済 花 子	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 ( 妻 )
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 checked="" 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	紛失のため		
証を紛失した 者の氏名	共 済 花 子	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 ( 妻 )
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 checked="" 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 ( )		
上記のとおり申請(届出)します。 香川縣市町村職員共済組合理事長 様 令和 〇 年 〇 月 〇 日 〒 760 — 0066 住所 高松市福岡町二丁目3番4号 申請者 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 〇 年 〇 月 〇 日 職名 〇〇〇市長 所属所長 氏名 〇 〇 〇 〇			

※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。