資格確認書等（再）交付申請書

共済使用欄	課長	課長補佐	主幹	GL	担当	合議
	下記のとおり確認決定する			年　月　日		

組合員等記号・番号または個人番号のいずれかを記載してください。			所属所名
組合員等記号	番号	個人番号（マイナンバー）	
フリガナ 組合員氏名		生年月日 年　月　日	

申請対象者

組合員

申請理由	マイナンバーカードを □紛失　□更新手続中　□返納 □資格確認書を滅失・き損 □その他（　）	交付希望	□資格確認書　□高齢受給者証 □その他（　） □資格情報通知書　※マイナポータルの【医療保険の資格情報画面】を参照できる場合、再交付申請は不要です。

被扶養者

被扶養者の記号・番号（枝番）または個人番号のいずれかを記載してください。			
記号	番号	枝番	個人番号（マイナンバー）
氏名	交付希望	□資格確認書　□高齢受給者証　□その他（　） □資格情報通知書　※マイナポータルの【医療保険の資格情報画面】を参照できる場合、再交付申請は不要です。	
生年月日 年　月　日	申請理由	マイナンバーカードを　□紛失　□更新手続中　□返納 □資格確認書を滅失・き損　□その他（　）	
被扶養者の記号・番号（枝番）または個人番号のいずれかを記載してください。			
記号	番号	枝番	個人番号（マイナンバー）
氏名	交付希望	□資格確認書　□高齢受給者証　□その他（　） □資格情報通知書　※マイナポータルの【医療保険の資格情報画面】を参照できる場合、再交付申請は不要です。	
生年月日 年　月　日	申請理由	マイナンバーカードを　□紛失　□更新手続中　□返納 □資格確認書を滅失・き損　□その他（　）	

上記のとおり申請します。

滋賀県市町村職員共済組合理事長　様

年　月　日

組合員氏名

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

所属所長

氏名

共済組合受付印

※「申請対象者」欄は交付が必要である者のみ記入してください。

※この申請書は、資格確認書の(再)交付、資格情報通知書、高齢受給者証、特別療養証明書、限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証または特定疾病療養受療証のいずれかの再交付を申請する際に使用するものです。

※マイナ保険証による受診に、第三者（介助者等）の支援が必要である場合、資格確認書の交付を申請することができます。