別紙様式3

〔再交付伺〕

共済組合使用欄	課　長	補　佐	主　幹	担　当

資格確認書等再交付申請書

組合員等記号番号又は個人番号				組合員氏名	所　属　所　名
記号		番号			
個人番号（記号番号を記入した場合は不要）				再交付の対象者の氏名・続柄・生年月日	
				続柄	S H R　・　・

再交付を申請する証等 （右の該当番号に〇を付けてください。）	1.資格確認書　2.高齢受給者証　3.資格情報通知書　4.特別療養証明書 5.限度額適用認定証　6.限度額適用･標準負担額減額認定証　7.特定疾病療養受療証
再交付申請の理由 （右の該当番号に〇を付けてください。）	1.紛失　2.盗難　3.破損　4.要配慮者 5.その他（　　） ※ 要配慮者とは、障害等をお持ちの方で医療機関等の受診時にマイナ保険証を利用することが困難な方です。
	上記理由で1.紛失又は2.盗難に該当する場合は、以下の事項を確認し□に✔（チェック）を付してください。 □ 紛失等した証等を発見したときは、直ちに返納します。なお、紛失等により生じる損害はすべて私が負い、貴組合に迷惑を掛けないことを誓約します。

上記のとおり申請します。

群馬県市町村職員共済組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

住　所

申請者
（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。

令和　　年　　月　　日

職　名

所属所長

氏　名

※申請の理由について、3.破損の場合は破損した証等を添付してください。
※マイナ保険証の利用登録を行っている組合員等が、マイナンバーカードを紛失し又は要配慮者に該当した場合で有効な証等を有していないときは、資格確認書の交付を行います。なお、この場合の交付申請については、申請書中「再交付」を「交付」と読み替えてください。

所属所担当者名	

共済組合
受付印

所属所
受付印