**組 合 員 証 等 再 交 付 申 請 書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 組合員証記号番号 | 組合員氏名 |  | 所属機関名 |  |
| 地・大阪 | 生年月日 | S ・ H ・ R |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　　月　　　日 |
| （フリガナ） |  | 生年月日 | S ・ H ・ R |
| 被扶養者氏名（※） |  | 年　　　月　　　日 |
| 再交付申請を行う証の名称（該当する証に〇をしてください） | 　組合員証 ・ 組合員被扶養者証　その他　（ 特定疾病療養受領証 ・ 限度額適用認定証 ） |
| 再交付申請の理由（詳細に記入）注）亡失の場合は、いつ、どこで、誰が、どのような状態で亡失したか、その後亡失に気づいてどのように探したのか、また、常時の証の保管状態について詳細に記入してください。盗難、遺失の場合は警察に届け、届け出た警察署名及び受理番号も併せて記入してください。 |  |
| 上記のとおり申請します。　 地方職員共済組合大阪府支部長　様　　　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　 　　住 所申請者　　　　　 　　 氏 名 |
| 所属所受付印 | 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　　　日所属所長 |
|  |

この申請書は、組合員証、被扶養者証、特定疾病療養受療証又は限度額適用認定証の再交付を申請する際に使用してください。

※被扶養者の証について再交付申請する場合は、被扶養者氏名及び生年月日も記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 上記の証を再交付します。 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 事務長（総括主査専決） | 調　査 | 交　付 |
|  |  |  |

**組 合 員 証 等 再 交 付 申 請 書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 組合員証記号番号 | 組合員氏名 | 共済　太郎 | 所属機関名 | 〇〇〇〇課 |
| 地・大阪 | 生年月日 | S ・ H ・ R |
| 3 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 〇〇年 〇〇月 〇〇日 |
| （フリガナ） |  | 生年月日 | S ・ H ・ R |
| 被扶養者氏名（※） |  | 年　　　月　　　日 |
| 再交付申請を行う証の名称（該当する証に〇をしてください） | 　組合員証 ・ 組合員被扶養者証　その他　（ 特定疾病療養受領証 ・ 限度額適用認定証 ） |
| 再交付申請の理由（詳細に記入）注）亡失の場合は、いつ、どこで、誰が、どのような状態で亡失したか、その後亡失に気づいてどのように探したのか、また、常時の証の保管状態について詳細に記入してください。盗難、遺失の場合は警察に届け、届け出た警察署名及び受理番号も併せて記入してください。 | 常時自分の財布に入れて保管していたが、〇月〇日に病院にかかった際に使用した後、〇月**△**日に無いことに気がついた。再度財布の中や家の中を探し、最後に使用した病院にも問い合わせたが発見できなかった。〇月**△**日、〇〇〇〇警察署に遺失届を提出した。（受理番号：××××） |
| 上記のとおり申請します。　 地方職員共済組合大阪府支部長　様　　　令和　〇〇年　〇〇月　〇〇日　　　　　　 　　住 所　大阪市〇〇区〇〇１－１申請者　　　　　 　　 氏 名　共済　太郎 |
| 所属所受付印 | 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　　　日所属所長 |
|  |

この申請書は、組合員証、被扶養者証、特定疾病療養受療証又は限度額適用認定証の再交付を申請する際に使用してください。

※被扶養者の証について再交付申請する場合は、被扶養者氏名及び生年月日も記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 上記の証を再交付します。 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 事務長（総括主査専決） | 調　査 | 交　付 |
|  |  |  |

**組 合 員 証 等 再 交 付 申 請 書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 組合員証記号番号 | 組合員氏名 | 共済　太郎 | 所属機関名 | 〇〇〇〇課 |
| 地・大阪 | 生年月日 | S ・ H ・ R |
| 3 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 〇〇年 〇〇月 〇〇日 |
| フリガナ | キョウサイ　ハナコ | 生年月日 | S ・ H ・ R |
| 被扶養者氏名（※） | 共済　花子 | 〇〇年 〇〇月 〇〇日 |
| 再交付申請を行う証の名称（該当する証に〇をしてください） | 　組合員証 ・ 組合員被扶養者証　その他　（ 特定疾病療養受領証 ・ 限度額適用認定証 ） |
| 再交付申請の理由（詳細に記入）注）亡失の場合は、いつ、どこで、誰が、どのような状態で亡失したか、その後亡失に気づいてどのように探したのか、また、常時の証の保管状態について詳細に記入してください。盗難、遺失の場合は警察に届け、届け出た警察署名及び受理番号も併せて記入してください。 | 配偶者が、常時自分の財布に入れて保管していたが、〇月〇日に病院にかかった際に使用した後、〇月**△**日に無いことに気がついた。再度財布の中や家の中を探し、最後に使用した病院にも問い合わせたが発見できなかった。〇月**△**日、〇〇〇〇警察署に遺失届を提出した。（受理番号：××××） |
| 上記のとおり申請します。　 地方職員共済組合大阪府支部長　様　　　令和　〇〇年　〇〇月　〇〇日　　　　　　 　　住 所　大阪市〇〇区〇〇１－１申請者　　　　　 　　 氏 名　共済　太郎 |
| 所属所受付印 | 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　　　日所属所長 |
|  |

この申請書は、組合員証、被扶養者証、特定疾病療養受療証又は限度額適用認定証の再交付を申請する際に使用してください。

※被扶養者の証について再交付申請する場合は、被扶養者氏名及び生年月日も記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 上記の証を再交付します。 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 事務長（総括主査専決） | 調　査 | 交　付 |
|  |  |  |