

※ 申請のとおり 再交付する。	事務局次長		班 長	班	主 査

**組 合 員 証 任意継続組合員証**  
**被 扶 養 者 証 高 齢 受 給 者 証**  
**特定疾病療養受療証 限度額適用認定証**  
**限度額適用・標準負担額減額認定証**

**再交付申請書**

組合員証(被扶養者証) 記 号 番 号	公立岡山		所属所名	
			所属コード	
再交付該当者氏名	性別	生 年 月 日		住 所
組合員		昭・平 年 月 日		
被 扶 養 者		昭・平 年 月 日		
		昭・平 年 月 日		
		昭・平 年 月 日		
		昭・平 年 月 日		
再交付申請の理由 (具体的に詳しく 記入する。)				
上記のとおり申請します。  公立学校共済組合岡山支部長 殿  平成 年 月 日  住 所 申請者 氏 名				所属所受付印
上記の申請は事実と相違ないものと認めます。  平成 年 月 日 〒 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (電話番号) —  所 在 地 所 属 所 名 所属所長職氏名				支部受付印
				<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

1. 再交付申請の理由は、具体的に詳しく（最終の医療機関の受診日、通常の保管方法、紛失前後の状況、紛失したと思われる日時・場所・理由等）記入し、支部に提出してください。
2. 任意継続組合員が申請する場合は、所属所長の記載事項の証明は不要です。
3. 標準負担額減額認定証の再交付の場合には、減額対象者の氏名、限度額適用・標準負担額減額認定証の場合には、当該限度額適用対象者又は、減額対象者の氏名も再交付申請の理由欄に記入してください。