

※ 申請のとおり 再交付する。	班 長	班	主 査

再交付申請書

記号番号	公立岡山	組合員氏名	
所属コード		所属機関の 名 称	
再交付が必要な書類にチェックしてください。			
<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input 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			
再交付該当者氏名		生 年 月 日	
		昭 和 平 成 令 和	年 月 日
		昭 和 平 成 令 和	年 月 日
		昭 和 平 成 令 和	年 月 日
		昭 和 平 成 令 和	年 月 日
		昭 和 平 成 令 和	年 月 日
再交付申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ()		
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 令和 年 月 日 住 所 申請者 氏 名		所属所受付印	支 部 受 付 印

任意継続組合員が申請する場合は、所属所受付印は不要です。

※ 申請のとおり 再交付する。	班 長	班	主 査

再交付申請書

記号番号	公立岡山 A00000	組合員氏名	岡山 太郎		
所属コード	○A○○○	所属機関の 名 称	○○小学校		
再交付が必要な書類にチェックしてください。					
<input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input 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					
再交付該当者氏名			生	年	月 日
岡山 花子			昭和 平成 令和	○○年	07 月 04 日
			昭和 平成 令和	年	月 日
			昭和 平成 令和	年	月 日
			昭和 平成 令和	年	月 日
			昭和 平成 令和	年	月 日
再交付申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ()				
上記のとおり申請します。			所属所受付印	支部受付印	
公立学校共済組合岡山支部長 殿 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 住 所 岡山市北区内山下1-2-3-202 申請者 氏 名 岡山 太郎					

任意継続組合員が申請する場合は、所属所受付印は不要です。