

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係

資格確認書 交付申請書

組合員等記号番号	999 - 9999	組合員氏名	共済 太郎
所属所名	〇 〇 市	生年月日	平成 〇 年 〇 月 〇 日

申請対象者 氏名	共済 花子			申請対象者の 生年月日	平成 〇 年 〇 月 〇 日														
申請対象者の 個人番号(マイナンバー)12桁	9	9	9	9	-	9	9	9	9	-	9	9	9	9	性別	男	<input checked="" type="radio"/> 女	組合員との 続柄	配偶者
申請・届出の 理由	<input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーカードを紛失したため <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの更新手続きのため <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納したため <input type="checkbox"/> マイナ保険証による受診に第三者(介助者など)のサポートが必要なため																		
備考																			
所属所 受付印	上記のとおり申請します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 山形県市町村職員共済組合理事長 様 申請者 住所 〇〇市〇〇町〇-〇 氏名 共済 太郎																		
	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 職名 〇 〇 市長 所属所長 氏名 〇 〇 〇 〇																		

- 1 本申請書は、申請時点で資格確認書を交付されておらず、かつマイナ保険証を利用することができない組合員又は被扶養者が資格確認書の交付を希望する際に使用するものです。
- 2 資格確認書の紛失等により再交付を希望する場合は、「資格確認書再交付申請書(破損・紛失届出書)」を提出してください。

処 理
年 月 日

(R6.12.2版)