

課長	課長補佐	係長	係

高齢受給者証等再交付申請書

組合員等 記号番号		組合員氏名		所属機関 名称					
		生年月日	年 月 日						
		再交付 対象者氏名	フリガナ						
		生年月日	年 月 日						
再交付 申請の理由									
再交付 申請を行う 証の名称	<p>※ 該当する項目にチェックを入れてください。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 高齢受給者証</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 限度額適用認定証</td> <td><input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証</td> </tr> </table>					<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
<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								
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>また、発見に努力し、発見したときは直ちに返納することを確約します。</p> <p style="text-align: center;">熊本県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 (組合員) 氏 名</p>									
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属所長 職 名 氏 名</p>									

- 1 この申請書は、高齢受給者証、特定疾病療養受療証、限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の再交付を申請する際に使用するものです。
- 2 再交付申請の理由は、具体的に詳しく書いてください。