

資格確認書(再)交付申請書

資格確認書の交付または再交付を希望する場合にご使用ください

組合員情報	組合員記号・番号	記号(左づめ) <input type="text"/>	番号(左づめ) <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	氏名	フリガナ		
	所属 (任意継続組合員は住所)			所属の電話番号 (任意継続組合員は自宅等)

対象者欄	対象者	<input type="checkbox"/> 1 組合員(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ <input type="checkbox"/> 3 組合員(本人)および被扶養者(家族)分		
	組合員	フリガナ氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被扶養者	フリガナ氏名	生年月日 <input type="text"/> 1 昭和 <input type="text"/> 2 平成 <input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	申請理由 <input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄	1 : マイナンバーカードを紛失したため 2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため 3 : マイナンバーカードを返納したため 4 : マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため 5 : 資格確認書・保険証を紛失・き損したため※
-----	---

上記のとおり申請します。

札幌市職員共済組合理事長 様

年 月 日

組合員氏名

年 月 日

職名
所属長
名前

印

※任意継続組合員は所属長の記名押印不要

※自署した場合押印省略可

注1: 資格確認書は共済組合の窓口で交付しますので、申請書はご持参ください。
 注2: 被扶養者は一人につき一枚作成してください。
 ※マイナ保険証をお持ちの方には資格確認書の交付はできません。

上記のとおり交付してよろしいか伺います。

共済課長	医療給付係長	医療給付係
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

共済組合受付日付印