

課 長	保 健	係

組 合 員 証 等 再 交 付 申 請 書

組合員証等の記号番号 又は個人番号※	—	所属所名	
組 合 員 氏 名		生年月日	昭・平 年 月 日
被 扶 養 者 氏 名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
再交付申請を行う証の名称			
再 交 付 申 請 の 理 由			
上記のとおり申請します。 栃木県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 住 所 申 請 者 氏 名			
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名			

※「個人番号」の記入は、必須ではありません。

- この申請書は、組合員証、組合員被扶養者証、高齢受給者証、特別療養証明書、標準負担額減額認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証、特定疾病療養受療証、任意継続組合員証又は任意継続組合員被扶養者証のいずれかの再交付を申請する際に使用するものです。
- 「組合員証等の記号番号」欄は、組合員被扶養者証又は任意継続組合員被扶養者証の再交付の場合には、当該被扶養者証の記号番号を記入してください。
- 再交付申請の理由は、具体的に詳しく（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限度額適用対象者又は減額対象者の氏名も）書いてください。