

# 資格確認書交付申請書

|       |                   |      |      |      |      |
|-------|-------------------|------|------|------|------|
| 組合員情報 | 組合員<br>記号・番号・(枝番) | 記号   | 番号   | (枝番) | 生年月日 |
|       | 氏名                | フリガナ |      |      |      |
|       | 郵便番号              | —    | 電話番号 | — —  |      |
|       | 住所                |      |      |      |      |

|       |  |   |      |      |  |
|-------|--|---|------|------|--|
| 対象者欄  | 対象者  | <input type="checkbox"/> 1 組合員(本人)分のみ<br><input type="checkbox"/> 2 被扶養者(家族)分のみ<br><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  | 生年月日 | 申請理由 |  |
|       | 氏名   | 同上  |      |      |  |
|       | フリガナ   | 生年月日  | 申請理由 |      |  |
|       | 氏名   | 同上  |      |      |  |
| 被扶養者① | フリガナ   | 生年月日  | 申請理由 |      |  |
| 氏名    | <input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日<br><input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日<br><input type="checkbox"/> 3 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 | <input type="checkbox"/> 以下の理由欄より選択ください   |      |      |  |
| 被扶養者② | フリガナ   | 生年月日  | 申請理由 |      |  |
| 氏名    | <input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日<br><input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日<br><input type="checkbox"/> 3 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 | <input type="checkbox"/> 以下の理由欄より選択ください   |      |      |  |
| 被扶養者③ | フリガナ   | 生年月日  | 申請理由 |      |  |
| 氏名    | <input type="checkbox"/> 1 昭和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日<br><input type="checkbox"/> 2 平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日<br><input type="checkbox"/> 3 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 | <input type="checkbox"/> 以下の理由欄より選択ください   |      |      |  |

|     |   |
|-----|---|
| 理由欄 | 1 : マイナンバーカードを紛失したため<br>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため<br>3 : マイナンバーカードを返納したため<br>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 |
|-----|---|

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| 上記のとおり申請します。<br>和歌山県市町村職員共済組合理事長 様<br>年 月 日<br><div style="text-align: right; margin-top: 20px;">住所<br/>申請者<br/>氏名</div> | 共済組合受付印<br><br><br><br><br> |
| 上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。<br>年 月 日<br><div style="text-align: right; margin-top: 20px;">職名<br/>所属所長<br/>氏名</div>           |                             |