

|      |     |     |     |   |     |                     |
|------|-----|-----|-----|---|-----|---------------------|
| 事務局長 | 課 長 | 主 幹 | 係 長 | 係 | 課 員 | 本件お伺いします<br>年 月 同 日 |
|      |     |     |     |   |     |                     |

## 高齢受給者証等再交付申請書

|                         |  |                |       |  |           |  |
|-------------------------|--|----------------|-------|--|-----------|--|
| 組合員等<br>記号番号            |  | 組合員氏名<br>生年月日  | 年 月 日 |  | 所属<br>機関名 |  |
|                         |  | 被扶養者氏名<br>生年月日 | 年 月 日 |  |           |  |
| 再交付申請<br>を行う証等<br>の 名 称 |  | 再交付申請<br>の 理 由 |       |  |           |  |

上記のとおり申請します。

佐賀県市町村職員共済組合理事長 様

年 月 日

申請者 住 所  
(組合員) 氏 名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

職 名  
所属所長  
氏 名

- この申請書は、高齢受給者証、特別療養証明書、限度額適用認定証、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。
- 「組合員等記号番号」欄は、被扶養者の再交付の場合には、当該被扶養者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（限度額適用認定証の再交付の場合には限度額適用対象者の氏名、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。

|     |
|-----|
| 再発行 |
|     |