

限度額適用認定証及び特定疾病療養受領証 再交付申請書

【送付先】

〒330-9793 埼玉県さいたま市中央区新都心3-1

日本郵政共済組合 共済センター 被扶養者担当あて

申請日 令和 年 月 日

※ 記入方法については裏面をご確認ください

【申請の際はご注意ください】

この様式（再交付申請書）は、亡失等の理由で同じ有効期限の各証を再発行する場合に使用します。
 各証の有効期限が切れた場合や、資格喪失後の証の発行については、新規発行となるため様式が異なりますのでご注意ください。
 なお、新規発行については「限度額適用認定申請書」又は「特定疾病認定申請書」の様式で申請が必要となります。

下記のとおり申請します。（太枠内すべてご記入ください。）

再交付が必要な方の氏名・生年月日・対象者種別・再交付する証・理由まですべてご記入ください。

再交付が必要な方が組合員本人の場合もすべてご記入ください。

組 合 員 欄	組 合 員 番 号 (=社員番号8桁)							生 年 月 日 (和 暦)			
								□昭和 □平成	年	月	日
	住 所	(〒 ー) 都 道 府 県									
	氏 名							電 話 番 号 (日中の連絡先)	TEL	()	
								勤 務 先			

再 交 付 が 必 要 な 方	氏 名	生 年 月 日	対象者種別	再 交 付 す る 証	理 由
		□昭和 □平成 □令和 年 月 日	□組合員 □被扶養者	□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	□亡失 □破損・汚損 □住所欄不足
		□昭和 □平成 □令和 年 月 日	□組合員 □被扶養者	□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	□亡失 □破損・汚損 □住所欄不足

希 望 送 付 先	上記組合員の住所と別の住所に送付を希望する場合のみご記入ください。 ※病院あての場合は、必ず事前に了承を得たうえで、病院名・病室または事務担当者名をご記入ください。				
	住 所	(〒 ー) 都 道 府 県			
	宛 名	電 話 番 号 (日中の連絡先)		TEL	()
		該 当 す る 項 目 ☒		□病院 □勤務先 □その他 ()	

（※注意）

- 亡失による再交付を除き、新しい限度額適用認定証等を受領後は、速やかに古い限度額適用認定証等と「資格確認書等返納票兼亡失届」を併せて共済組合へ返納してください。
- 古い限度額適用認定証等が見つかった場合は、古い限度額適用認定証等と「資格確認書等返納票兼亡失届」を併せて共済組合へ返納してください。
- 再交付が必要な方が3人以上いる場合は本紙をコピーしてご使用してください。

共 済 組 合 使 用 欄	受 付		審 査		処 理	再交付・亡失登録 (年 月 日)	1 審	2 審
---------------------------------	--------	--	--------	--	--------	-----------------------	-----	-----

限度額適用認定証及び特定疾病療養受領証 再交付申請書

【送付先】

〒330-9793 埼玉県さいたま市中央区新都心3-1

日本郵政共済組合 共済センター 被扶養者担当あて

申請日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

【申請の際はご注意ください】

この様式（再交付申請書）は、亡失等の理由で同じ有効期限の各証を再発行する場合に使用します。
各証の有効期限が切れた場合や、資格喪失後の証の発行については、新規発行となるため様式
が異なりますのでご注意ください。

なお、新規発行については「限度額適用認定申請書」又は「特定疾病認定申請書」の様式で
申請が必要となります。

社員番号（組合員番号）は、会社から付番される8桁の番号です。
以下の書類でご確認いただけます。

- ・ 会社の給与明細、社員証
 - ・ 共済組合から発行される資格情報のお知らせ、資格確認書
- 上記書類でも不明な場合は、会社の担当者等にご確認ください。

下記のとおり申請します。（太枠内すべてご記入ください。）

再交付が必要な方の氏名・生年月日・対象者種別・再交付する証

再交付が必要な方が組合員本人の場合もすべてご記入ください。

組 合 員 欄	組 合 員 番 号 (=社員番号8桁)	0 1 2 3 4 5 6 7	生 年 月 日 (和 暦)	
			☒ 昭和 ☐ 平成	○ 年 ○ 月 ○ 日
	住 所	(〒 1 2 3 - 4 5 6 7) 埼玉 都 道 府 県 さいたま市中央区新都心 1 2 - 3 4 - 5 6 - 7 8 9		
氏 名	共 済 太 郎	電 話 番 号 (日中の連絡先)	TEL ○×○(○×○×)○×○×	
		勤 務 先	○○郵便局 窓口営業部	

再 交 付 が 必 要 な 方	氏 名	生 年 月 日	対象者種別	再 交 付 す る 証	理 由
	共 済 太 郎	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	☒ 組合員 ☐ 被扶養者	☒ 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	☒ 亡失 ☐ 破損・汚損 ☐ 住所欄不足
	共 済 花 子	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	☐ 組合員 ☒ 被扶養者	☐ 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	☐ 亡失 ☒ 破損・汚損 ☐ 住所欄不足

希 望 送 付 先	上記組合員の住所と別の住所に送付を希望する場合のみご記入ください。 ※病院あての場合は、必ず事前に了承を得たうえで、病院名・病室または事務担当者名をご記入ください。			
	住 所	(〒 1 2 3 - 9 8 7 6) 埼玉 都 道 府 県 さいたま市中央区桜丘 9 - 8 - 7 共済病院 ▲病棟◆◆号室		
	宛 名	共 済 太 郎	電 話 番 号 (日中の連絡先)	TEL ○×○(○×○×)○×○×
			該 当 す る 項 目 ☒	☒ 病院 ☐ 勤務先 ☐ その他 ()

（※注意）

- 亡失による再交付を除き、新しい限度額適用認定証等を受領後は、速やかに古い限度額適用認定証等と「資格確認書等返納票兼亡失届」を併せて共済組合へ返納してください。
- 古い限度額適用認定証等が見つかった場合は、古い限度額適用認定証等と「資格確認書等返納票兼亡失届」を併せて共済組合へ返納してください。
- 再交付が必要な方が3人以上いる場合は本紙をコピーしてご使用してください。

共 済 組 合 使 用 欄	受 付	審 査	処 理	再交付・亡失登録 (年 月 日)	1 審	2 審
---------------------------------	--------	--------	--------	-----------------------	-----	-----