

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 6年 12月 15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。

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)	0 1 2 3 4 5 6 7	生 年 月 日	
	住 所	(123-4567) 埼玉 都道 さいたま市中央区新都心12-34-56-789 府 県	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	62年 9 月 15 日
	氏 名	共済 太郎	電話番号 (日中の連絡先)	TEL〇×〇(〇×〇×)〇×〇×
			勤 務 先	〇〇郵便局 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	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 62年 9月 15日	<input checked="" type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 被扶養者	<input checked="" type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input checked="" type="checkbox"/> 亡失 <input type="checkbox"/> 汚損、き損 <input type="checkbox"/> 住所欄不足
	共済 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 62年 9月 23日	<input type="checkbox"/> 組合員 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input checked="" type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 亡失 <input checked="" type="checkbox"/> 汚損、き損 <input type="checkbox"/> 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	(000 - 0000) 埼玉 都道 さいたま市中央区桜丘9-8-7 共済病院 ▲病棟 ◆◆号室 府 県		
	宛 名	共済 太郎	電話番号 (日中の連絡先)	012 (345) 6789
			該当する項目 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 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「組合員証等返納票」を併せて共済センター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「組合員証等返納票」を併せて共済センターへ返納してください。
- 再交付が必要な方が2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。