

# 組合員等資格証明願

神戸市職員共済組合理事長 宛

神戸市職員共済組合

	組合員の 記号・番号	記号	番号							所属名						
組 員	フリガナ									生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日	性別	男・女
	氏名															
合 員	住所	郵便番号														
受 診 す る 者	どちらかに☑を入れてください。															
	<input type="checkbox"/> 組合員（本人）															
	<input type="checkbox"/> 組合員被扶養者（家族） → 下記にも記入してください。															
		氏名									性別	男・女				
	生年月日	昭和・平成・令和			年	月	日	組合員 との続柄								
受 診 す る 医 療 機 関	医療機関名															
	所在地															
マイナ保険証・資格確認書等を使用できない理由																
上記のとおり証明願います。										令和	年	月	日			
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			
補職名																
所属所長																
氏名																

《提出にあたっての注意事項》

- 1 証明書の有効期間は、原則として発行日から5日以内です。
- 2 使用後の証明書は、速やかに返納してください。

共済組合受付印
---------

共 済 組 合 事 務 処 理 欄					
伺	事務局次長		医療係長		係
交付年月日	令和	年	月	日	
回収年月日	令和	年	月	日	