

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	1	番号	1	2	3	4	5	6	所属名	〇〇局〇〇部〇〇課			
組 員	フリガナ	キョウサイ ジロウ								生年月日	昭和 ・ 55年 1月 1日 平成	性別	男・女	
	氏名	共 済 次 郎												
合 員	住所	郵便番号	6	5	0	-	8	5	7	0				
		神戸市中央区加納町6丁目5-1												
受 診 す る 者	どちらかに☑を入れてください。													
	<input checked="" 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	神戸市中央区〇〇町1丁目1-1												
	所在地	〇〇病院												
マイナ保険証・資 格確認書等を 使用できない理由	本日中に医療機関に受診する必要があるが、マイナンバーカードを自宅に置いてきてしまったため。													
上記のとおり証明願います。										令和 6年 12月 2日				
申請者氏名										共 済 次 郎				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。										令和 6年 12月 2日				
補職名										〇〇局〇〇部〇〇課長				
所属所長														
氏名										〇 〇 〇 〇				

《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		