

平成22年10月8日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
鈴木邦彦

地方職員共済組合組合員証等の更新について

標記の件につきまして、地方職員共済組合理事長より別紙のとおり協力依頼がありましたので、貴会会員への周知方ご高配賜りたく、よろしくお願ひ申し上げます。

なお、更新の概要は下記のとおりであります。

記

1. 平成22年10月1日より新たな様式となる組合員証等

- (1) 地方職員共済組合組合員証
- (2) 地方職員共済組合組合員被扶養者証
- (3) 地方職員共済組合船員組合員証
- (4) 地方職員共済組合船員組合員被扶養者証
- (5) 地方職員共済組合任意継続組合員証
- (6) 地方職員共済組合任意継続組合被扶養者証

※新たな様式となる組合員証等には、有効期限を印字しないこととする。

(4. に掲げるものを除く)

※既に交付している(5)及び(6)のうち、平成22年10月1日以降の有効期限が印字されているものは、有効期限まで使用できることとする。

2. 地方職員共済組合高齢受給者証について

平成22年10月1日以降新たに交付する組合員証等に、一部負担金の割合や高齢受給者証を兼ねる旨の印字を行い、高齢受給者証の交付は行わないこととする。

ただし、既に交付している高齢受給者証のうち、平成22年10月1日以降の有効期限が印字されているものについては、有効期限まで使用できることとする。

3. 限度額適用認定証等について

次の限度額適用認定証等については平成22年10月1日以降も従来の様式を使用する。

- (1) 地方職員共済組合限度額適用認定証
- (2) 地方職員共済組合限度額適用・標準負担額減額認定証
- (3) 地方職員共済組合特定疾病療養受療証

4. 引き続き有効期限を印字する組合員証等

- (1) 地方職員共済組合任意継続組合員証
- (2) 地方職員共済組合任意継続組合員被扶養者証
- (3) あらかじめ任期を定めて採用された者に係る組合員証等

5. 資格証明書の交付について

平成22年9月中に旧様式の組合員証等を回収のうえ、新証が交付されるが、旧証を回収後、療養の給付を受ける必要がある場合は、添付資料の別紙1の様式による資格証明書を交付し、療養の給付を受けることがある。

6. 新たな組合員証等の様式

新たな組合員証等は、縦54mm×横86mm×厚さ0.2mmのサイズとし、その他デザイン等具体的な様式については、添付資料の別紙2を参照されたい。

【添付資料】

地方職員共済組合組合員証等の更新について

(平22.9.17 地共保第126号 地方職員共済組合理事)

地共保第126号
平成22年9月17日

社団法人 日本医師会 御中

地方職員共済組合
理事長 高部 正 鬼



地方職員共済組合組合員証等の更新について

標記のことにつきまして、当組合においては下記のとおり取り扱うこととしましたので、ご協力方よろしくお願いいたします。

記

- 1 平成22年10月1日から次に掲げる組合員証等を新たな様式としたこと。
 - (1) 地方職員共済組合組合員証
 - (2) 地方職員共済組合組合員被扶養者証
 - (3) 地方職員共済組合船員組合員証
 - (4) 地方職員共済組合船員組合員被扶養者証
 - (5) 地方職員共済組合任意継続組合員証
 - (6) 地方職員共済組合任意継続組合員被扶養者証

注1 新たな組合員証等には、下記4に掲げるものを除き、有効期限を印字しないこととしたこと。

注2 既に交付している地方職員共済組合任意継続組合員証及び地方職員共済組合任意継続組合員被扶養者証のうち、平成22年10月1日以降の有効期限が印字されているものについては、当該有効期限まで使用できることとしたこと。

- 2 地方職員共済組合高齢受給者証については、平成22年10月1日以降新たに交付する組合員証等に、一部負担金の割合及び高齢受給者証を兼ねる旨の印字を行うことにより、高齢受給者証の交付は行わないこととしたこと。

ただし、既に交付している高齢受給者証のうち、平成22年10月1日以降の有効期限が印字されているものについては、当該有効期限まで使用できることとしたこと。

- 3 次に掲げる限度額適用認定証等については、平成22年10月1日以降も従来の様式を使用することとしたこと。
- (1) 地方職員共済組合限度額適用認定証
 - (2) 地方職員共済組合限度額適用・標準負担額減額認定証
 - (3) 地方職員共済組合特定疾病療養受療証
- 4 次に掲げる組合員証等については、引き続き有効期限を印字することとしたこと。
- (1) 地方職員共済組合任意継続組合員証
 - (2) 地方職員共済組合任意継続組合員被扶養者証
 - (3) あらかじめ任期を定めて採用された者に係る組合員証等
- 5 新たな様式の組合員証等は、平成22年9月中に、旧様式の組合員証等を回収した上で交付することとしていることから、回収後の診療のため、別紙1の様式による資格証明書を交付することがあるので、対応していただきますようお願いいたします。
- 6 新たな組合員証等の様式は、次のとおりとしたこと。
- (1) サイズ
縦 54mm×横86mm×厚さ0.2mm
 - (2) カードデザイン
別紙2参照
 - (3) カード色
ミントグリーン色

保健福祉部保健課短期給付係 担当：佐野、津島 TEL：03-3261-9824 FAX：03-3261-1428 e-mail：hoken@chikyosai.jp
--

地方職員共済組合員資格証明書

交付年月日 平成 年 月 日交付
 有効期限 { 平成 年 月 日から
 平成 年 月 日まで

組合名	名 称	地方職員共済組合 支部			
	所 在 地				
組合員	組合員証の 記号番号	記号		番号	
	氏名・生年月日				
	現 住 所				
	資格取得年月日				
受給者	氏名・生年月日				
	現 住 所				
	組合員との続柄				
本証明書発行の理由					

上記の者は、当組合の組合員であることを証明する。

平成 年 月 日

地方職員共済組合 支部長 印

地方職員共済組合 平成22年10月1日 交付
組 合 員 証 本人(組合員)

記号 地・本部 番号 180000

氏 名 ^{キョウライ} 如 共済 太郎
性 別 男
生 年 月 日 昭和45年4月1日
資格取得年月日 平成22年4月1日



発行機関所在地 東京都千代田区平河町2丁目4番9号

保険者番号・名称 32130114 地方職員共済組合本部支部

保険者電話番号 03-3261-2731



住所	備考
住所	

※以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます
(記入は自由です)。
記入する場合は、1、2、3、のいずれかの番号を○で囲んでください。

- 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも移植の為に臓器を提供します。
- 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。
- 私は、臓器を提供しません。

〔1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。〕
【心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球】

〔特記欄： _____ 〕

署名年月日： _____ 年 月 日

本人署名(自筆)： _____ 家族署名(自筆)： _____

地方職員共済組合 平成22年10月1日 交付
組合員被扶養者証 家族(被扶養者)

記号 地・本部 番号 180000

氏 名 ^{キョウライ} 花子
性 別 女
生 年 月 日 昭和46年4月1日
認定年月日 平成22年4月1日



発行機関所在地 東京都千代田区平河町2丁目4番9号

保険者番号・名称 32130114 地方職員共済組合本部支部

保険者電話番号 03-3261-2731



住所	備考
住所	

※以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます
(記入は自由です)。
記入する場合は、1、2、3、のいずれかの番号を○で囲んでください。

- 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも移植の為に臓器を提供します。
- 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。
- 私は、臓器を提供しません。

〔1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。〕
【心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球】

〔特記欄： _____ 〕

署名年月日： _____ 年 月 日

本人署名(自筆)： _____ 家族署名(自筆)： _____

地方職員共済組合 平成22年10月1日 交付
組合員被扶養者証 家族(被扶養者)

記号 地・本部 番号 180000

氏 名 ^{キョウライ} 次郎
性 別 男
生 年 月 日 昭和14年4月1日
認定年月日 平成22年4月1日



一部負担金の割合 1割

この証は、高齢受給者証を兼ねています。

発行機関所在地 東京都千代田区平河町2丁目4番9号

保険者番号・名称 32130114 地方職員共済組合本部支部

保険者電話番号 03-3261-2731



住所	備考
住所	

※以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます
(記入は自由です)。
記入する場合は、1、2、3、のいずれかの番号を○で囲んでください。

- 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも移植の為に臓器を提供します。
- 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。
- 私は、臓器を提供しません。

〔1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。〕
【心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球】

〔特記欄： _____ 〕

署名年月日： _____ 年 月 日

本人署名(自筆)： _____ 家族署名(自筆)： _____