

健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書

申請日 年 月 日

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被 保 険 者 情 報	被 保 険 者	記号 (1か2か3)	番号 (06270748ではありません) (右づめ)	記号番号が分からない場合は個人番号 (マイナンバー) を記入してください											
	氏 名	(フリガナ)	生年月日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和								

対 象 者 欄	該当する対象者に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください		<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)分のみ	<input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)分のみ	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)分および 被扶養者(家族)分		
	被 保 険 者	(フリガナ)	生年月日	年	月	日	申請理由
	被 扶 養 者 1	(フリガナ)	生年月日	年	月	日	申請理由
	被 扶 養 者 2	(フリガナ)	生年月日	年	月	日	申請理由
	被 扶 養 者 3	(フリガナ)	生年月日	年	月	日	申請理由

理 由 欄	1: マイナンバーカードを紛失し再交付手続き中または手続き予定 2: マイナンバーカードを作成中・更新手続き中または近々作成予定 3: マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため更新手続き中または手続き予定 4: マイナンバーカードを紛失または有効期限切れであり今後手続きする予定がない 5: マイナンバーカード未保有で今後も作成する予定がない 6: マイナンバーカードは保有しているが健康保険証利用登録を行う予定がない 7: マイナンバーカードを返納した 8: マイナ保険証による受診は第三者 (介助者など) のサポートが必要 9: 資格確認書を滅失した (紛失した資格確認書が見つかった時は返却してください) 10: 資格確認書を棄損した (棄損した資格確認書を添付してください)
-------------	--

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。	年 月 日
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

※任意継続被保険者の方は、事業主欄の証明は不要です。

※提出先 (大阪ガス) 人事部人事サービスチーム
(関係会社) 各事業所 人事総務
(任意継続) 大阪ガス健康保険組合

大阪瓦斯健康保険組合

健保受付日付印

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。

2025.1(連)