

健康保険

資格確認書滅失届

被保険者（申請者）記入用

下記の事由に該当するため、届出します。

申請日 年 月 日

資格確認書滅失のため返却できないとき

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|------------------|---------------|----------------------------|--------------------------------------|---|---|-----------------------------|--|--|--|-----------------------------|--|--|--|-----------------------------|--|--|
| 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 | | |

| | |
|----------|--|
| 滅失した時の状況 | |
|----------|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--------|--------|--------|------|---|---|---|-----------------------------|--|--|--|-----------------------------|--|--|--|-----------------------------|--|--|--|
| 対 象 者 欄 | 氏 名 | (フリガナ) | 続 柄 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 昭和 | | | | <input type="checkbox"/> 平成 | | | | <input type="checkbox"/> 令和 | | | |
| | 氏 名 | (フリガナ) | 続 柄 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 昭和 | | | | <input type="checkbox"/> 平成 | | | | <input type="checkbox"/> 令和 | | | |
| | 氏 名 | (フリガナ) | 続 柄 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 昭和 | | | | <input type="checkbox"/> 平成 | | | | <input type="checkbox"/> 令和 | | | |
| | 氏 名 | (フリガナ) | 続 柄 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 昭和 | | | | <input type="checkbox"/> 平成 | | | | <input type="checkbox"/> 令和 | | | |

| | | | | |
|------------------|---------------------------------|---|---|---|
| 事 業 主 欄 | 上記のとおり被保険者から滅失の申出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。

2025.5