

健康保険

## 資格確認書

(再) 交付申請書

被保険者(申請者) 記入用

下記の事由に該当するため、申請します。

申請日 年 月 日

・ 資格確認書新規交付の申請をしたいとき ・ 資格確認書再交付の申請をしたいとき

【注意事項】 申請対象は「マイナ保険証を持っていない方」です。資格確認書を念のため持っておきたいという理由では交付できません。

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					□ 昭和 □ 平成 □ 令和		

対 象 者 欄	該当する対象者に ☑を入れてください	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)のみ		<input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)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
	氏名	同上	同上				<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より 必ず選択ください
	被 扶 養 者 1	(フリガナ)	生年月日	年	月	日	申請理由
氏名		□ 昭和 □ 平成 □ 令和					<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より 必ず選択ください
被 扶 養 者 2	(フリガナ)	生年月日	年	月	日	申請理由	
氏名		□ 昭和 □ 平成 □ 令和					<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より 必ず選択ください

理 由 欄	新 規 交 付 申 請	1: マイナンバーカードを紛失したため 2: マイナンバーカードの更新手続き中のため 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 4: マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため 5: マイナンバーカードを作っていないため 6: マイナンバーカードを返納したため 7: マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため
	再 交 付 申 請	いずれかに☑を入れてください 8: <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) 滅失した時の状況を詳しく記入  上記の通り、資格確認書を滅失したことに相違ありません。 今後は十分取扱いに注意いたします。 被保険者署名: _____  ・ 資格確認書を棄損または滅失し、再度交付を依頼する場合、再交付手数料が必要です。(1枚につき1,000円) ・ 再交付手数料を下記の口座にお振込みいただき、振込したことが分かる書類の写しを添付の上、申請ください。 振込先: 三菱UFJ銀行 大阪営業部 普通口座 0062496 大阪瓦斯健康保険組合(オサカガ スカウカクノクミアイ)  ※この機会にマイナ保険証に変更される方は、こちらの申請、手数料は不要です。 ※振込手数料は申請者をご負担ください。振込以外の納付は受付けておりません。 ※再交付の対象者がどなたの場合であっても必ず被保険者名でお振込ください。 ※再交付手数料は入金後返金しません。資格確認書が見つかった場合でも、再交付手数料は返金しません。

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者から(再)交付の申請がありましたので届出します。	年 月 日	大阪瓦斯健康保険組合
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
電話番号			健保受付日付印

※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

※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。

2026.4