

氏名変更の場合

※マイナ保険証利用登録されている方

員

決裁年月日

令和

記入見本

氏名変更された方が被扶養者の場合は、該当の家族の氏名(新姓)・続柄を記載してください。

氏名等変更 兼 資格確認書等

| | |
|--|---|
| 対象者 | <input checked="" type="checkbox"/> 組合員(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名続柄) |
| 対象者住所 | *住民票の住所を記入してください。 大阪市〇〇区〇〇 〇丁目〇番〇号 |
| 申請理由 | <input checked="" type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 性別 マイナ保険証利用登録について <input checked="" type="checkbox"/> あり(登録内容のみ変更、再交付不要) <input type="checkbox"/> なし(資格確認書の再交付必要) 変更する項目、マイナ保険証利用登録ありに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 再交付が必要な証 証の名称 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> その他() 限度額適用認定書、限度額適用・標準負担額減額認定証、特定疾病療養受療証、高齢受給者証、資格情報通知書の再交付が必要な場合は、その他に <input checked="" type="checkbox"/> し、証の名称を記載してください。 |
| 氏名等変更の理由 | フリガナ オオサカ ハナコ 氏名(新) 大阪 花子 フリガナ キョウサイ ハナコ 氏名(旧) 共済 花子 |
| 再交付の理由 | 被扶養者の氏名変更には変更の事実が確認できる書類の添付が必要です。組合員本人の氏名変更は、所属所へ届出を行っている場合、添付書類は不要です。ただし、共済組合のみ申請する場合(漢字やフリガナの訂正等)は、変更の事実が確認できる書類を添付してください。 |
| 上記のとおり申請します。 大阪市職員共済組合理事長 あて 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 記号: 1(市長部局の番号) 番号: 職員番号 1 (記号) — (番号) 1234567 所属所名称 〇〇局 組合員氏名 大阪 花子 連絡先(電話番号) 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 組合員が変更対象者の場合は、変更後の氏名(新姓)でご記入ください。 | |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 所属所 又 氏名 総務事務センターにおいて証明しますので、記入する必要はありません。 | |

【重要】

マイナ保険証利用登録をされている場合、資格確認書等の再交付はありません。届出後しばらくしてから、マイナポータルにて氏名等情報が変更されていることを確認してください。

| | |
|--------------------------------------|---------------------|
| 事務局長 局長 員 | 決裁年月日 令和 記入見本 |
| 氏名変更の場合 ※マイナ保険証利用登録されていない方 | マイナ保険証 |

氏名変更された方が被扶養者の場合は、該当の家族の氏名(新姓)・続柄を記載してください。

氏名等変更 兼 資格確認

| | |
|-------|---|
| 対象者 | <input type="checkbox"/> 組合員(本人) <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(氏名続柄 大阪 花子(子)) |
| 対象者住所 | *住民票の住所を記入してください。 大阪市〇〇区〇〇 〇丁目〇番〇号 |

| | |
|----------|---|
| 申請理由 | <input checked="" type="checkbox"/> 氏名等変更 マイナ保険証利用登録について <input type="checkbox"/> あり(登録内容のみ変更、再交付不要) <input checked="" type="checkbox"/> なし(資格確認書の再交付必要) |
| 再交付が必要な証 | 証の名称 <input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> その他() |

変更する全ての項目、マイナ保険証利用登録なしにをしてください。

限度額適用認定書、限度額適用・標準負担額減額認定証、特定疾病療養受療証、高齢受給者証、資格情報通知書の再交付が必要な場合は、その他にし、証の名称を記載してください。

| | | |
|----------|---|--|
| 氏名等変更の場合 | フリガナ オオサカ ハナコ 氏名(新) 大阪 花子 | フリガナ キョウサイ ハナコ 氏名(旧) 共済 花子 |
|----------|---|--|

- ①旧氏名が記載された「資格確認書等」を必ず添付してください。
- ②被扶養者の氏名変更には変更の事実が確認できる書類の添付が必要です。組合員本人の氏名変更は、所属所へ届出を行っている場合、添付書類は不要です。ただし、共済組合のみ申請する場合(漢字やフリガナの訂正等)は、変更の事実が確認できる書類を添付してください。

上記のとおり申請します。

大阪市職員共済組合理事長 あて
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

記号: 1(市長部局の番号)
番号: 職員番号

(記号) **1** (番号) **1234567**

所属所名称 **〇〇局**

組合員氏名 **共済 太郎**

連絡先(電話番号) **〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇**

組合員が変更対象者の場合は、変更後の氏名(新姓)でご記入ください。

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和

所属
又

総務事務センターにおいて証明しますので、記入する必要はありません。

- [注] 1 氏名、性別変更又はき損の場合は、お手持ちの資格確認書等を添付してください。
- 2 紛失(盗難)の場合は必ず、最寄りの警察署に届出してください。
- 3 再交付後、紛失した資格確認書等を発見したときは、資格確認書等を返納してください。

受付印

| | | | |
|--|-------|--------------|-------------|
| 事務局長 局長 職員 | 決裁年月日 | 令利 | 記入見本 |
| 氏名・性別変更の場合 ※マイナ保険証利用登録されている方 | | マイナ保険証 利用 | |

氏名等変更 兼 資格確認書等

性別変更された方が被扶養者の場合は、該当の家族の氏名(新名)・続柄を記載してください。

| | |
|-------|--|
| 対象者 | <input checked="" type="checkbox"/> 組合員(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名続柄) |
| 対象者住所 | *住民票の住所を記入してください。 大阪市〇〇区〇〇 〇丁目〇番〇号 |

| | |
|----------|--|
| 申請理由 | <input checked="" type="checkbox"/> 氏名等変更 マイナ保険証利用登録について <input checked="" type="checkbox"/> あり(登録内容のみ変更、再交付不要) <input type="checkbox"/> なし(資格確認書の再交付が必要) <input type="checkbox"/> 続 |
| 再交付が必要な証 | <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> その他() |

変更する全ての項目、マイナ保険証利用登録ありにをしてください。

氏名と性別を一緒に変更される場合で、限度額適用認定書、限度額適用・標準負担額減額認定証、特定疾病療養受療証、高齢受給者証、資格情報通知書の再交付が必要な場合は、その他にし、証の名称を記載してください。

| | | |
|----------|--|--|
| 氏名等変更の理由 | フリガナ キョウサイ ハナコ 氏名(新) 共済 花子 | フリガナ キョウサイ タロウ 氏名(旧) 共済 太郎 |
| | 性別(新) *変更後の性別に○ 男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女 | *給付() 他の経過や状況を詳しく記載してください。 |

被扶養者の性別(氏名)変更には変更の事実が確認できる書類の添付が必要です。組合員本人の性別(氏名)変更は、所属所へ届出を行っている場合、添付書類は不要です。

上記のとおり申請します。

大阪市職員共済組合理事長 あて
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

記号: 1 (市長部局の番号)
番号: 職員番号

(記号) **1** (番号) **1234567**

所属所名称 **〇〇局**

組合員氏名 **共済 花子**

連絡先(電話番号) **〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇**

組合員が変更対象者の場合は、変更後の氏名(新名)でご記入ください。

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

所属機 又は所

総務事務センターにおいて証明しますので、記入する必要はありません。

氏名

【重要】
マイナ保険証利用登録をされている場合、資格確認書等の再交付はありません。届出後しばらくしてから、マイナポータルにて氏名等情報が変更されていることを確認してください。

氏名・性別変更の場合

※マイナ保険証利用登録されていない方

決裁年月日

令和

記入見本

氏名変更された方が被扶養者の場合は、該当の家族の氏名(新名)・続柄を記載してください。

氏名等変更 兼 資格確認

| | | |
|---|--|---|
| 対象者 | <input type="checkbox"/> 組合員(本人) <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(氏名続柄 共済 花子(子)) | |
| 対象者住所 | *住民票の住所を記入してください。 大阪市〇〇区〇〇 〇丁目〇番〇号 | |
| 申請理由 | <input checked="" type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 性別 マイナ保険証利用登録について <input type="checkbox"/> あり(登録内容のみ変更、再交付不要) <input checked="" type="checkbox"/> なし(資格確認書の再交付必要) | |
| 再交付が必要な証 | 証の名称 <input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> その他() 限度額適用認定書、限度額適用・標準負担額減額認定証、特定疾病療養受療証、高齢受給者証、資格情報通知書の再交付が必要な場合は、その他に☑し、証の名称を記載してください。 | |
| 氏名等変更の場合 | 氏名(新・旧) | フリガナ オオサカ ハナコ (氏名(新)) 共済 花子 |
| | 性別(新) | *変更後の性別に○ 男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女 |
| 再交付が必要な場合 | | |
| ①旧性別・旧氏名が記載された「資格確認書等」を必ず添付してください。 ②被扶養者の性別(氏名)変更には変更の事実が確認できる書類の添付が必要です。 組合員本人の性別(氏名)変更は、所属所へ届出を行っている場合、添付書類は不要です。 | | |
| 上記のとおり申請します。 大阪市職員共済組合理事長 あて 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (記号) 1 (番号) 1234567 所属所名称 〇〇局 組合員氏名 共済 太郎 連絡先(電話番号) 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | | |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 所属所名称 又は氏名 総務事務センターにおいて証明しますので、記入する必要はありません。 | | |

変更する全ての項目、マイナ保険証利用登録なしに☑をしてください。

限度額適用認定書、限度額適用・標準負担額減額認定証、特定疾病療養受療証、高齢受給者証、資格情報通知書の再交付が必要な場合は、その他に☑し、証の名称を記載してください。

組合員が変更対象者の場合は、変更後の氏名(新名)でご記入ください。

- [注] 1 氏名、性別変更又はき損の場合は、お手持ちの資格確認書等を添付してください。
2 紛失(盗難)の場合は必ず、最寄りの警察署に届出してください。
3 再交付後、紛失した資格確認書等を発見したときは、資格確認書等を返納してください。

受付印

紛失(盗難)、き損の場合

※マイナ保険証利用登録されていない方のみ

決裁年月日

令和

記入見本

対象者が被扶養者の場合は、該当の被扶養者氏名・続柄を記載してください。

氏名等変更 兼 資格確認

| | | |
|---|--|--|
| 対象者 | <input type="checkbox"/> 組合員(本人) <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(氏名続柄 共済 花子(子)) | |
| 対象者住所 | *住民票の住所を記入してください。 大阪市〇〇区〇〇 〇丁目〇番〇号 | |
| 申請理由 | <input type="checkbox"/> 氏名等変更 | <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 性別 マイナ保険証 <input type="checkbox"/> あり(登録) <input type="checkbox"/> なし(資格) |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 再交付 | <input checked="" type="checkbox"/> 紛失(盗難) <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他() |
| 再交付が必要な証 | 証の名称 <input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> その他() | 限度額適用認定書、限度額適用・標準負担額減額認定証、特定疾病療養受療証、高齢受給者証、資格情報通知書の再交付が必要な場合は、その他に <input checked="" type="checkbox"/> し、証の名称を記載してください。 |
| フリガナ | 氏名 | |
| 理由(状況等)を記載してください。 自宅以外で紛失したときは、必ず警察へ届出し、警察に届出したことをあわせて記載してください。 | | |
| 再交付の理由 | *紛失(盗難)、き損、その他の経過や状況を詳しく記載してください。 令和〇年〇月〇日に病院で資格確認書を使用し、帰宅してからカバンの整理をしようとしたところ、紛失していることに気が付きました。家の周辺やその他思い当たる場所を探しましたが見付からず、すぐに警察に届けました。 | |
| 上記のとおり申請します。 大阪市職員共済組合理事長 あて 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (記号) 1 (番号) 1234567 所属所名称 〇〇局 組合員氏名 共済 太郎 連絡先(電話番号) 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | 記号: 1(市長部局の番号) 番号: 職員番号 | |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 所属又は 氏名 総務事務センターにおいて証明しますので、記入する必要はありません。 | | |

【重要】

マイナ保険証利用登録をされている方がマイナンバーカードを紛失(盗難)した場合は、マイナンバーカード総合窓口※に利用停止の連絡をしたうえで、居住する市区町村でマイナンバーカードの再発行を行う必要があります。

※24時間365日受付のフリーダイヤル

マイナンバーカード総合窓口(0120-95-0178)