

1. (再) 交付申請書 記入方法

2. 【申請理由】添付書類および申請方法

(1) ・クーポン券が届かなかった、または紛失した場合 (不着・返戻・紛失)

・「③乳がん検診」対象年齢で、年度途中に大阪市国民健康保険に加入された場合

ア) 区役所保健福祉センター保健業務担当窓口にて申請する場合

・窓口で申請書とともに本人確認書類(マイナンバーカードなど)を提示してください。

イ) 郵送にて申請する場合 (送付にかかる費用は申請者負担となります。)

・申請書に本人確認書類(マイナンバーカード(表面のみ)など)の写しを添付して送付してください。 *送付先: 〒530-8201 大阪市北区中之島 1-3-20

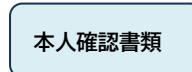
大阪市役所健康局健康推進部健康づくり課(成人保健グループ)宛て

ウ) 行政オンラインシステムで申請する場合

・申請書に本人確認書類(マイナンバーカード(表面のみ)など)の写し(写真)を添付してください。



+

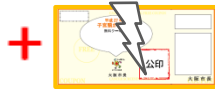
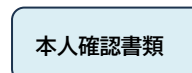


(2) クーポン券が破れてしまった場合 (き損)

「(1)に記載しているもの」に加え、必ずき損したクーポン券を申請書に添付し、申請してください。



+



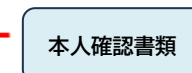
き損したクーポン券

(3) 「①子宮頸がん検診」「②乳がん検診」対象年齢で、令和8年4月21日以降に、大阪市へ引っ越してきた場合 (転入)

「①に記載しているもの」に加え、必ず前住所地で発行されたクーポン券を申請書に添付し、申請してください。(前住所地で発行されたクーポン券を紛失している場合は、前住所地の自治体にお問い合わせください。)



+



前住所地のクーポン券

【注意】

「③乳がん検診」クーポン券を申請の場合の本人確認書類(※)は、大阪市国民健康保険被保険者がわかるものになります。 ※資格確認書、資格情報のおしらせ、またはマイナポータルからダウンロードした「医療保険の資格情報(PDF)」

様式①
令和8年度大阪市がん検診推進事業及び受診率向上事業にかかる住所変更等・クーポン券(再)交付申請書

令和8年○月△日
大阪市長様

該当する項目にチェック
※年齢は令和8年4月1日現在

記入ください。

◆クーポン券種別 (該当する種別に☑を記入してください。) ※年齢は令和8年4月1日時点

<input checked="" type="checkbox"/>	①子宮頸がん検診	20歳 女性：平成 17 年 4 月 2 日 ~ 平成 18 年 4 月 1 日 生まれの方
<input type="checkbox"/>	②乳がん検診	40歳 女性：昭和 60 年 4 月 2 日 ~ 昭和 61 年 4 月 1 日 生まれの方
<input type="checkbox"/>	③乳がん検診	41~59歳 女性 大阪市国民健康保険被保険者 昭和 41 年 4 月 2 日 ~ 昭和 60 年 4 月 1 日 生まれの方

◆理由 (該当する申請内容に☑を記入してください。)

<input type="checkbox"/>	①子宮頸がん検診	<input type="checkbox"/>	②乳がん検診	<input type="checkbox"/>	③乳がん検診
<input type="checkbox"/>	不着・返戻	<input type="checkbox"/>	転入による変更	<input type="checkbox"/>	大阪市国民健康保険に加入(本市への転入含む)
<input checked="" type="checkbox"/>	再発行(紛失)	<input type="checkbox"/>	き損・その他:	<input type="checkbox"/>	失・き損・その他:

受診予定日が決まっている方は
ご記入ください※ 受診予定日: 月 日() 受診場所: 病院 区保健福祉センター

※(再)交付申請後、(再)交付のクーポン券が届くまでの間に検診を受診した場合、返金(償還払い)はできません。また、申請書受付から受診予定日までの期間によっては、受診予定日までにクーポン券をお届けできない可能性がございますので、ご了承ください。申請から1か月以内に検診を受診予定の方は、申請の際に職員までご相談ください。

◆必要書類

	本人確認書類 (氏名・住所の変更がある場合は、その内容が確認できるもの)	代理人受領時	がん検診無料クーポン券 (転入による交換およびき損による再発行の場合のみ)
保健福祉センター窓口での申請	窓口で提示 代理人持参時は写しを申請書に添付		原本を添付 令和8年4月21日以降に他市から転入した方で、前住所のクーポン券(①子宮頸がん検診②乳がん検診)を紛失している場合は、前住所の自治体にお問い合わせください。 ※原本の添付が必要な場合は、行政オンラインシステムでの申請はできません。
郵送による申請	写しを申請書に添付	代理人の本人確認書類の写しを申請書に添付	
行政オンラインシステムによる申請	写しを申請書に添付		

※送付先: 〒530-8201 大阪市北区中之島 1-3-20
健康局健康推進部健康づくり課(成人保健グループ) 宛て
(申請書送付にかかる費用は申請者負担となりますのでご注意ください。)

◆クーポン券対象者

〒530-8201 昼間連絡先(電話番号) 06 6208 9943
住所等
大阪市 北区 中之島 1-3-20
フリガナ: 北 区 中之島 1-3-20

氏名 淀屋橋 花子 生年月日: 昭:平 ○年○月○日

※①子宮頸がん検診②乳がん検診は令和8年4月21日以降に、③乳がん検診は令和8年4月2日以降に住所・氏名変更があった場合は、必ず下記へご記入ください。
①子宮頸がん検診②乳がん検診は、前住所地発行のクーポン券の添付が必要です。

前住所地: 旧姓:

◆申請期限 令和9年2月26日(金)

本申請書に記載された個人情報を大阪市がん検診推進事業及び受診率向上事業にかかる住所変更等・クーポン券(再)交付申請事務以外に使用することはありません。

保健福祉センター記入欄

窓口提示により確認した本人書類
マイナンバーカード 免許証 資格確認書 資格情報のお知らせ
医療保険の資格情報(マイナポータル) その他()

大阪市国保加入確認(③乳がん検診の場合のみ記載)
大阪市国民健康保険被保険者 その他()

転入日(転入による交付申請の場合のみ記入)
 異動日 年 月 日 届出日 年 月 日

区受付日	区送付日	局受領日	局送付日	局返戻日

確認者