

健康保険証等への通称名表記に関する申出書

次の該当する内容にチェックをしてください。

- ☐ 健康保険証等の表面に記載されている氏名表記について、戸籍上の氏名を記載せず通称名を記載することを申し出いたします。
- ☐ 健康保険証等の表面に記載されている性別表記について、戸籍上の性別を記載しないことを申し出いたします。

届出年月日 年 月 日

事業所名			所属部署		
被保険者証 記号・番号	記号		番号		
被保険者氏名					
申請者対象者	区分（該当項目に☑）		生年月日		
	☐ 被保険者（本人）		S・H・R 年 月 日		
	☐ 被扶養者（家族）				
	戸籍上の氏名		申請する通称名		
住所			(ふりがな)		
			(漢字氏名)		
住所	〒(-)				
	電話番号 ()				

〈注意事項〉

1. 本申出により健康保険証へ通称名を表記出来るのは、心と体の性が一致しない「性同一性障害」を有する方で、日常生活で通称名を用い、戸籍名での健康保険証では支障が出ている方のみです。
2. 本申出には、以下の書類すべてを添付してください。
 - ①性同一性障害を有することを確認できる医師の診断書
 - ②通称名が日常的に用いられていることが確認出来る書類（公共料金の領収書写しなど）
3. 変更する保険証を添付してください。
4. 申請書の提出先は、施設管理部です。

受付印