

常務理事	事務局長	課長	担当者

年 月 日

健康保険資格確認書への通称名等記載に関する申出書

被保険者 記号番号	記号		番号	
被保険者氏名				
申請対象者 (該当項目にチェック)	<input type="checkbox"/> 被保険者 (本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者 (家族)			
フリガナ				
氏名 (本名)				
フリガナ				
通称名				
資格確認書の表記 (該当項目にチェック)	<input type="checkbox"/> 表面の氏名に通称名を記載する <input type="checkbox"/> 表面に性別を記載しない			

【注意事項】

- 本申出により資格確認書へ通称名を記載するのは、当組合がやむを得ないと認めた場合のみです。
- 本申出には以下の書類を添えて下さい。
 - 性同一性障害を有することを確認できる医師の診断書
 - 通称名が社会生活上日常的に用いられていることを確認できる書類 (公共料金の領収書写し等)
 - 対象者の健康保険証または資格確認書
- 本申出は事業主を経由して提出してください。
- 資格確認書への記載方法は以下のとおりです。

<氏名> 表面: 「〇〇 〇〇」 (通称名) 裏面: 「戸籍上の氏名 〇〇 〇〇」

<性別> 表面: 「裏面参照」 裏面: 「戸籍上の性別 男または女」

三菱電機健康保険組合理事長 殿 上記のとおり被保険者から通称名に係る申出がありましたので提出します。	
事業所所在地	年 月 日提出
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	