

T029

事業主(所)記載欄		
適用事業所記号		

健 保 使 用 欄				
常務理事	事務長	グループ長	主務者	担当者

資格確認書の性別表記に関する申出書

資格確認書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。

つきましては、資格確認書の変更をお願いします。

				提出日： 年 月 日			
被 保 険 者	所属部課名(略称)			所属電話番号			
	被保険者等記号・番号		氏 名				
	記 号	番 号					

申 請 対 象 者	区分	氏 名
	☐ 被保険者（本人）	
	☐ 被扶養者（家族）	

<注意事項>

1. 太枠内を記入してください。
2. 申請対象者の区分欄は該当する区分にチェック（レ）してください。
3. 交付済みの健康保険証または資格確認書を添付してください。

事 業 主 証 明	年 月 日		
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号		

<本申請書に記載した個人情報並びに証明書類については、パンフレット等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。>