

T029

☐ (実線枠) → 被保険者 (本人) 記入注意事項
☐ (点線枠) → 事業所健保担当者・庶務担当者記入注意事項

事業主(所)記載欄		
適用事業所記号		
×	×	×

各適用事業所記号を必ず記入

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 R× 年 4 月 1 日	
被 保 険 者	所属部課名(略称)			所属電話番号	
	(総務)			044-123-4567	
	被保険者等記号・番号		氏 名		
	記 号	番 号	東 芝 太 郎		
	100	1234567			

申 請 対 象 者	区分	氏 名
	☒ 被保険者 (本人)	東 芝 太 郎
	☐ 被扶養者 (家族)	

申請対象者にチェックを入れて氏名を記入する

<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. 変更する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	R× 年 4 月 5 日	
	事業所所在地	神奈川県川崎市〇〇区△△町××番地
	事業所名称	東芝〇×株式会社
	事業主氏名	取締役社長 健保 誠
	電話番号	044-123-4567

<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。>