

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

資格確認書等の通称名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氏名表記について、通称名を記載することを申し出いたします。

			提出日： 年 月 日	
被 保 険 者 記 入 欄	所 属 部 課 名(略称)		所 属 電 話 番 号	
	被保険者等記号 ・ 番号		氏名(戸籍上の氏名)	
	記 号	番 号		

申 請 対 象 者	区分(該当する項目にチェック)	申 請 す る 通 称 名
	☐ 被保険者(本人)	(フリガナ)
	☐ 被扶養者(家族)	(漢字氏名)
	被扶養者の戸籍上の氏名	

〈注意事項〉

1 本申出が受理された場合、次の証書のみ通称名を記載します。その他の発行物はすべて戸籍上の氏名の記載となります。

〈通称名表記の対象証書〉

- ・ 資格確認書
- ・ 高齢受給者証(70歳以上の方に発行)
- ・ 限度額適用認定証
- ・ 限度額適用・標準負担額減額認定証
- ・ 特定疾病療養受療証
- ・ 健康保険 一部負担金等[免除]証明書

2 本申出には以下の書類を添えてください。

- ①医師の診断書等の性同一性障害を有することを確認できる書類
- ②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
- ③申請対象者の健康保険証または資格確認書(すでに発行されている対象証書がある場合は添付してください)

3 資格確認書等の氏名表記方法は以下の通りです。

例：表面→「東芝 △△ (通称)」 裏面→「備考欄:戸籍上の氏名は 東芝 ○○」

4 本申出は事業主を経由して提出してください。特例退職被保険者制度、任意継続被保険者制度に加入している場合は直接東芝健康保険組合へ提出してください。

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

〈本申出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。〉