

常務理事	事務長		担当

資格確認書等の性別表記に関する申出書

令和6年12月1日

被 保 険 者	被 保 険 者 等 号 被 記 号 ・ 番 号	2000	〇〇〇〇
	社 員 番 号	△△△△	
	氏 名	健保 太郎	
	生 年 月 日	平成4年4月19日	
申 請 対 象 者	☒ 被保険者(本人) ☐ 被扶養者(家族)	氏 名 健保 太郎	
	現在 お持 ちの 証	☒ 資格確認書 ☐ 高齢受給者証 ☒ 限度額適用認定証 ☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証 ☐ 特定疾病療養受領証	

誓約書	
性別違和・性別不平等の理由により資格確認書等の性別表記を裏面に記載することを希望します。 この申出書を提出し資格確認書等の性別の表記を裏面に移した場合、やむを得ない事情がない限り記載面を変更しないことに同意します。	
令和6年12月1日	申請対象者氏名 健保 太郎

- <注意事項>
1. 本申出による資格確認書への性別表記の取扱い、当健保組合がやむを得ないと認めた場合のみです。

2. 本申出を行う際は現在お持ちの証(資格確認書等)を添付してください。

3. 本申出が受理された場合、下記の証書のみ性別欄の表記方法を変更いたします。
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・特定疾病療養受領証
その他の書類、通知書等は全て戸籍上の性別表記となります。

4. 表記方法について
資格確認書(表面) → 性別欄「裏面参照」を表記
資格確認書(裏面) → 戸籍上の性別を表記

証(資格確認書等)の送付先	住所	〒 123-4567 東京都 〇〇区 ×× 1-2-3
	電話	090 (〇〇〇〇) △△△△
	宛名	健保 太郎

セールスフォース健康保険組合

受付目付印