

常務理事	事務長		担当

資格確認書等の通称名記載に関する申出書

令和 年 月 日

被 保 険 者	被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号		
	社 員 番 号		
	氏 名		
	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
申 請 対 象 者	☐ 被保険者(本人)		☐ 被扶養者(家族)
	戸籍上の氏名		申請する通称名
	(フリガナ)		(フリガナ)
	(漢字氏名)		(漢字氏名)
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		

<注意事項>

1. 本申出により資格確認書へ通称名を表記出来るのは、当健保組合がやむを得ないと認めた場合のみです。
2. 本申出には、以下のあてはまる書類すべてを添付してください。

・外国籍の方 → 申請対象者の通称名が記載されている住民票等

・性別違和・性別不合等による方 → 申請対象者が通称名で契約している公共料金の請求書写等
3. 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。
4. 本申出が受理された場合、下記の証書のみ通称名を記載します。

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限定証・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氏名表記となります。
5. 表記方法について

資格確認書(表面) → 氏名欄に通称名を表記

資格確認書(裏面) → 戸籍上の氏名を表記

証(資格確認書等)の送付先	住所	〒
	電話	()
	宛名	

セールスフォース健康保険組合

受付目付印