ブリヂストン健康保険組合　宛

年　　月　　日提出

# 健康保険証等の氏名・性別表記に関する申出書

**次の該当する内容にチェックをしてください。**

☐　**健康保険証等の表面に記載されている氏名表記について、戸籍上の氏名を記載せず通称名を記載することを申し出いたします。**

☐　**健康保険証等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。**

<table>
<tr><td>事業所名</td><td colspan="3"></td><td>所属部署</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>記　号</td><td></td><td>番 号</td><td></td><td>被保険者<br>氏　　名</td><td colspan="2">印</td></tr>
<tr><td>被保険者<br>の<br>住所</td><td colspan="6">〒　　－<br><br>電話番号</td></tr>
<tr><td rowspan="3">申請対象者</td><td colspan="6">チェック ☑ を入れて下さい。<br>☐ 被保険者　　☐ 被扶養者</td></tr>
<tr><td colspan="2">※申請対象者が被扶養者の場合は、<br>氏名・続柄を記入して下さい。</td><td colspan="2">氏名</td><td>続柄</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>通称名の記載を申し出る方は、注意事項2の書類を必ず添付してください。</td><td colspan="2">通称名</td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>現在お持ちの証</td><td colspan="6">下記が、対象となる証です。現在お持ちの証に(変更を希望する証)チェック ☑ して下さい。<br>☐ 健康保険証　☐ 高齢受給者証　☐ 限度額適用認定証<br>☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証<br>☐ 特定疾病療養受療証　☐ 一部負担金免除証明書</td></tr>
</table>

〈 注意事項 〉

1. 本申出書は、健康保険証の再交付の際や、その他の証が交付される都度ご提出下さい。
2. 通称名の記載を申し出る方は、以下の2種類の書類を添付してください。
   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(公共料金の領収書等)
   ※3か月以内に発行された書類を添付してください。
3. 変更する健康保険証等を添付してください。

**※ 個人情報の観点から、在職中でも健保への直送を希望される方は、事業所担当者確認印は不要です。健康保険組合の適用担当へ、社内メールまたは郵送でご提出ください。**

<table>
<tr><td colspan="3">事業所確認(社会保険担当部署)</td><td colspan="5">健康保険組合処理</td></tr>
<tr><td colspan="2">係</td><td>長</td><td>I/P</td><td>保険証</td><td colspan="2">適用</td><td>事務長</td><td>常務理事</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

H31.2　ブリヂストン健康保険組合