

【申請ルート】

被保険者(本人)→お勤め先の会社・事業所の社会保険担当部署 → 健康保険組合
 (任意継続加入者のみ、事業所ではなく直接健康保険組合宛へ送付ください。)

ブリヂストン健康保険組合 理事長 殿

資格確認書(カード型)の氏名・性別表記に関する申出書

提出日: 年 月 日

次の該当する内容にチェックをしてください。

- 資格確認書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。
- 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。

事業所名				所属部署	
記号		番号		被保険者氏名	印
被保険者の住所	〒 - 電話番号 - -				
申請対象者	チェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者				
	※申請対象者が被扶養者の場合は、氏名・続柄を記入して下さい。		氏名		続柄
通称名の記載を申し出る方は、 <u>注意事項2の書類を必ず添付</u> してください。	通称名				

< 注意事項 >

1. 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。
2. 現在お使いの資格確認書(カード型)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。

事業所 確認欄	係	長	健保 使用欄	I/P	作成日	係	事務長	常務理事
				/	/			