

秘密

審査	入力	一次	二次	発送

年 月 日

被保険者への通称名記載に関する申出書

保険証の記号番号	記号		番号	
通称名	姓		名	
氏名（本名）	姓		名	
生年月日	昭和	年	月	日
	平成			
令和				

【ご留意いただきたい点】

1. 本申出により被保険者証へ通称名を記載するのは、当組合がやむを得ないと認めた場合のみです。
2. 本申出には以下の書類を添えてください。（当組合が不要と認めた場合を除く。）
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
3. 通称名を記載する場合は、被保険者証の表面へ記載します。
4. 氏名（本名）は、被保険者証の裏面の備考欄へ記載します。
5. 本申出は事業主を経由して提出してください。

神奈川県医療従事者健康保険組合 理事長 殿	
上記のとおり、被保険者から通称名に係る申出がありましたので提出します。	
	年 月 日提出
事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

受付日付印