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

被保険者記号番号	記号		番号
通称名	姓		名
氏名（本名）	姓		名
生年月日	昭和 平成 令和	年　　月　　日	

【ご留意いただきたい点】

1.本申出により資格確認書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、資格確認書の表面へ記載します。

4.氏名（本名）は、資格確認書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