

被保険者証の通称名および性別表記に関する申出書

【注意点】

- ①USEN-NEXT GROUPの社員の方は、本届出書と [「身上異動届」](#) を事業所へご提出ください。
 ②任意継続被保険者の方は、直接、健康保険組合へ提出してください。（下段「事業主記入欄」記載不要）
 ①②以外の方は、事業所を通して提出してください。

≪通称名の記載を希望される方≫

- ・本申出により被保険者証への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。
- ・本申出には以下の書類を添えてください。
 - ①記載の変更を希望する保険証
 - ②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（名刺等）
- ・記載方法は、表面の氏名欄へ「〇〇戸籍上の氏名は××」と記載します。
- ・他証書または通知文等の郵便物については、戸籍上の氏名を表記します。

≪表面に性別表記を望まない方≫

- ・本申出により被保険者証の表面に戸籍上の性別を記載しないのは、当組合がやむを得ないと認めた場合のみです。
 （やむを得ない理由の有無を判断できない場合は、診断書等の提示を求める場合があります。）
- ・本申出には「記載の変更を希望する保険証」を添えてください。
- ・記載方法は、表面の性別欄へ「裏面参照」と記載のうえ裏面の備考欄に「戸籍上の性別は男（又は女）」と記載します。

- 以下、太枠内のご記入をお願いします。

被保険者証の表記内容の配慮について、下記の通り申し出ます。

申請日 20 年 月 日

配慮 内容	☐	被保険者証の表面に通称名を記載することを希望します。		
	☐	被保険者証の表面に性別を記載しないことを希望します。		
被保険者	保険証記載 記号 — 番号		生年月日	番号電話（日中の連絡先）
	—		☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和	— —
	フリガナ			
	氏名			
	送付先住所			
	〒 —			
対象者	☐	被保険者本人 （「生年月日」、「続柄」欄の記入は不要）	続柄	生年月日
	☐	被扶養者		☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和
	氏名 (本名)			通称名 (希望者 のみ記入)

事業主記入欄
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

常務理事	事務長	担当者	受付印