

〇〇年 〇月 〇日

被保険者証への通称名記載に関する申出書

被保険者番号		
通称名	姓	名
氏名(本名)	姓	名
生年月日	年	月 日

【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、(保険者名)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下さい。
 - 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
3. 通称名を記載する場合は、〇〇面の〇〇欄へ記載します。
4. 氏名(本名)は、〇〇面の〇〇欄へ記載します。

..... (保険者記入欄)

被保険者番号							

担当者	承認者