

被保険者証の表記に関する申出書

年 月 日

大井町長様

被保険者番号		個人番号	
戸籍上の氏名		生年月日	年 月 日

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。

被保険者証の表面に通称名を記載することを希望します。

フリガナ	
通称名	

ご留意いただきたい点

- 1 本申出により保険証の表記を変更するのは、大井町が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。
 - <性別表記>
 - ・本人確認できるもの（運転免許証、パスポート、マイナンバーカード等）
 - ・記載の変更を希望する保険証
 - ・医師の診断書等の性同一性障害を有することが確認できる書類
(レセプト等で性同一性障害を有することが確認できる場合は不要)
 - <氏名表記> ※性別表記の変更に必要なものに加えて下記の書類が必要
 - ・医師の診断書等の性同一性障害を有することが確認できる書類
 - ・通称名が社会生活上日常的に用いられていることが確認できる書類（通称名で受領している公共料金の請求書等）
- 3 性別の表記は裏面参照とし、裏面へ記載します。
- 4 通称名を記載する場合は、表面の氏名欄へ記載し、氏名（本名）は裏面の備考欄へ記載します。

本人確認		<input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> 旅 <input type="checkbox"/> 住 <input type="checkbox"/> 個 <input type="checkbox"/> 通 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--	---