

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、日野市長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、表面の氏名欄へ記載します。
4. 氏名（本名）は、裏面の欄外へ記載します。

..... (保険者記入欄)

(主氏名表記変更)

被保険者番号			
3 5 - .			
保険証	高齢証	限度額証	特定疾病証
交・郵 回・未	交・郵 回・未	交・郵 回・未	交・郵 回・未

世帯員	保険証	高齢証	限度額証
	交・郵 回・未	交・郵 回・未	交・郵 回・未
	交・郵 回・未	交・郵 回・未	交・郵 回・未
	交・郵 回・未	交・郵 回・未	交・郵 回・未

担当	保険税係長	給付係長	課長補佐	課長

