

被保険者証等への通称名記載に関する申出書

江戸川区長 殿

被保険者証等への通称名記載について、関係書類を添えて下記の通り申し出ます。

記

被保険者証等の記号番号	記号	番号
氏名（本名）	姓	名
通称名	姓	名
生年月日	年	月 日

表面に通称名の記載を希望する証等に○をしてください。

<input type="checkbox"/>	国民健康保険被保険者証	<input type="checkbox"/>	国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証
<input type="checkbox"/>	国民健康保険高齢受給者証	<input type="checkbox"/>	国民健康保険特定疾病療養受療証
<input type="checkbox"/>	国民健康保険限度額適用認定証	<input type="checkbox"/>	国民健康保険被保険者資格証明書

申出者 氏名 _____

住所 _____

【申し出にあたっての留意点】

- 本申し出には以下の書類を添えてください。
 - ① 医師による診断書等、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
- 保険証は世帯主あてに特定記録郵便（ポスト投函）で送付します。簡易書留希望の方はお申し出ください。いずれの方法でも「転送不要」扱いのため、転送されません。