

国民健康保険被保険者証等への通称名記載に関する申出書

年 月 日

(あて先) 阪南市長

申出者 住所 _____
 氏名 _____
 電話番号 _____

国民健康保険に関する証(※)の通称名記載および性別表記の変更を申し出ます。

申出者	被保険者 番号	阪南国		
	氏 名	(本名)	氏	名
		(通称名)	氏	名
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		

※被保険者証、被保険者資格証明書、高齢受給者証、標準負担額減額認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証、特定
 疾病療養受療証のうち、該当するもの全て

【注意点】

- 1 本申出により被保険者等(以下、「証等」という。)へ通称名を記載するのは、阪南市がやむを得ないと認めた場合です。
- 2 本申出には以下の書類を添付してください。
 - ①医師の診断書等、性同一性障がい有することが確認できる書類
 - ②通称名が社会日常生活上日常的に用いられていることを確認できる書類(以下の内2点)
 郵便物、社員証、学生証、水道・ガス・電気料金請求書、マンション等の賃貸契約書など
- 3 本人が世帯主の場合で、世帯員も本市の国民健康保険に加入している場合は、世帯全員の証等を持参ください。
- 4 次回以降の証等の更新分については、通称名が記載された証等を、世帯主に対して交付することになります。
- 5 上記※に記載のもの以外の通知文等については、本名を表記します。

【処理欄】

決裁

課長	課長代理	主幹	総括主査	主査	担当者