

被保険者証の記載に関する申出書

常務理事	事務長	担当者

申出日	令和 年 月 日		
保険証の記号番号	記号	番号	
現在の保険証記載氏名 (本名)	氏 名		
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		

1. 通称名記載についての申出

通称名	氏 名
	(フリガナ)

【ご留意いただきたい点】

- エクセディ健康保険組合がやむを得ない理由があると認めただけの場合のみ、被保険者証へ通称名を記載いたします。
- 本申出書には以下の書類を添えてください。
 - 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
※通称名が記載された郵便物など
- 通称名を記載する場合は、表面の氏名欄へ記載します。
- 氏名(本名)は、裏面の下部に戸籍上の氏名として記載します。

2. 被保険者証の表面への性別表記を希望しないことの申出

※申出する場合は、下のに✓をしてください。

被保険者証の表面に戸籍上の性別表記を希望いたしません。

【ご留意いただきたい点】

- エクセディ健康保険組合がやむを得ない理由があると認めただけの場合のみ、被保険者証の表面に戸籍上の性別を記載いたしません。
- 本申出受理後にエクセディ健康保険組合の判断により診断書の提出を求められることがあります。
- 表面に戸籍上の性別を記載しない場合は、表面の性別欄に「裏面参照」と記載します。
- 戸籍上の性別は、裏面の下部に戸籍上の性別として記載します。

※変更前の保険証は、変更後の保険証を受け取られた後にご返却ください。

受付日付印