

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

令和 年 月 日

申出者 住 所

(本名) 氏 名

電話番号

国民健康保険に関する証（※）の通称名記載を下記のとおり願います。

被保険者 記号番号	記号	番号
	長	
通称名	姓	名
	(フリガナ)	
生年月日	昭和・平成・令和・西暦	年 月 日

※ 被保険者証、被保険者資格証明書、高齢受給者証、限度額適用認定証、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

【ご留意いただきたい点】

1. 本申出により被保険者証等（以下、「証等」という。）への通称名を記載するのは、長岡京市がやむを得ないと認めた場合のみです。
2. 本申出（通称名の記載）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、証等の表面の氏名欄に記載します。
4. 本名及び性別は、証等の裏面の備考欄に記載します。
5. 対象者が世帯主の場合、同一世帯の他の被保険者の証等の世帯主名も通称名で記載し、世帯主の本名及び性別は、証等の裏面の備考欄に記載します。
6. 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（上記3～5の対応を行ったもの）を世帯主に対して交付することとなります。
7. 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。

《市役所記入欄》

■添付資料（通称名記載の場合、①・②いずれも必要）

- 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通称名が社会生活上日常的に用いられていることを確認できる書類
（郵便物、社員証、学生証、公共料金請求書、その他（ ））

決裁	令和	年	月	日
	課長	主幹	係長	係員

被保険者証等処理欄	
回収	交付