**≪申請書の流れ≫**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 健　康　保　険　組　合 | | | |
| 常務理事 | 事務長 | ＧＬ | 担当者 |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 在職中の方 |  | 事業所（勤務先）の健保担当部門  〔ＦＦＢＸ・給事セ・総務・人事等〕 | |  | 健保  組合 |
|  | | | | |
| 任意継続・特例退職の方 | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所担当者  確 認 印 |  |
|  |

※個人情報保護の観点から、在職中でも健保への直送を希望される方は、

　　↑

任継・特退

の加入者は

押印不要

事業所担当者確認印は不要です。

健保組合の適用担当へ、社内メールまたは郵送でご提出ください。

富士フイルムグループ健康保険組合　宛

**健康保険証等の氏名・性別表記に関する申出書**

**✔**

次の分の該当する内容にチェック□をしてください。

* 健康保険証等の表面に記載されている氏名表記について、戸籍上の氏名を記載せず、

通称名を記載することを申し出いたします。

* 健康保険証等の表面に記載されている性別表記について、戸籍上の性別を記載しない

ことを申し出いたします。

つきましては、健康保険証等の表記の変更をお願いします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者記号番号 | 記号 |  | | 番号 |  | |
| 被保険者氏名 |  | | | | |  |
| 被保険者の  **✔**  住所・電話番号 | 〒　　　　　－  電話番号 | | | | | |
| 申請対象者  (右記にチェック□をしてください) | □被保険者　　　　　□被扶養者 | | | | | |
| 申請対象者が被扶養者の場合は、氏名・続柄を記入してください。 | | 氏　　名 | | | 続　柄 |
|  | | |  |
| 通称名の記載を申し出る方  は、注意事項２の書類を必ず  添付してください。 | 通 称 名 | |  | | |  |
| 現在お持ちの証  右記が対象となる証です。  現在お持ちの証に（変更を希望する証）チェック□してください。  **✔** | * 健康保険証　　□　高齢受給者証　　□限度額適用認定証 * 限度額適用・標準負担額減額認定証 * 特定疾病療養受領証　　□　一部負担金免除証明書 | | | | | |

＜注意事項＞

1．本申出書は、健康保険証の再交付の際や、その他の証が交付される都度ご提出ください。

2．通称名の記載を申し出る方は、以下の2種類の書類(発行から3カ月以内)を添付してください。

　①医師の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（公共料金の領収書等）

3．変更する健康保険証等を添付してください。