

事業所担当者 確認印



任継・特退  
の加入者は  
押印不要

《申請書の流れ》

在職者⇒勤務先の健保業務担当部門⇒健保  
任継・特退者⇒直接健保組合  
※個人情報保護の観点より、在職者でも健保へ直送を希望  
される場合は、左記「事業所担当者確認印」は不要です  
ので、健保へ社内メールまたは郵便でご提出ください。

健康保険組合		
GL	担当者	担当者

富士フィルムグループ健康保険組合 宛

## 氏名・性別表記に関する申出書

次の該当する内容に☑してください。

- 証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。
- 証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、下記のとおり表記の変更をお願いします。

被保険者等記号番号	記号	番号	
被保険者氏名			
被保険者の 住所・電話番号	〒	—	
申請対象者 (対象者に☑してください)	<input type="checkbox"/> 被保険者		<input type="checkbox"/> 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		
右記が対象となる証です。変更を希望する証に☑してください。	<input type="checkbox"/> 資格確認書	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証	<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証
	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受領証	<input type="checkbox"/> 一部負担金免除証明書

＜注意事項＞

1. 本申出書は、証の交付・再交付の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. 変更を希望する証を添付してください。