

後期高齢者医療保険 通称名・性別記載に関する申出書

太枠の中を記入してください。

届出者名		本人との 関係	
届出者住所		連絡先 電話番号	

被保険者番号		個人番号	
(フリガナ) 戸籍上の氏名			
生年月日	年 月 日		
住 所	尾道市		
希望する 記載変更	☐ 通称名を記載 (フリガナ) 通 称 名 _____ ※次の書類をすべて添付してください。 (1) 性同一性障害を有することを確認できる書類（医師の診断書等） (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（通称名で受領している郵便物、公共料金の請求書等） ※資格確認書の交付を受けている場合は、戸籍上の氏名を裏面に記載します。		
	☐ 資格確認書に記載の性別を裏面に記載 ※添付書類は必要ありません。		
広島県後期高齢者医療広域連合長 様 上記のとおり、関係書類を添えて、通称名及び性別の記載変更について申し出ます。 年 月 日			

送付日 年 月 日	システム入力者	システム確認者	(受領サイン)
回収日 年 月 日			
種 別 ☐ 資格確認書 ☐ 資格情報通知書 ☐ 特定疾病療養受療証			確認書類 ☐ マイナンバーカード・免許証・その他 ()
(備考)			市区町受付印