課長	係長	担当

年　　月　　日

国民健康保険資格確認書等（※）の表記に関する変更申出書

天草市長　様

【申請者の情報】

記号番号		個人番号	
戸籍上の氏名		生年月日	

※資格確認書、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

☐　資格確認書の表面に性別を記載しないことを希望します。

☐　資格確認書等の表面に通称名を記載することを希望します。

☐　上記の申出を取り下げます。

年　　月　　日　　申請者名

フリガナ	
通称名	

本人確認	☐運転免許証　☐マイナンバーカード　☐パスポート　☐身体障害者手帳 ☐その他（　　）

【留意点】

1　本申出については、代理申請は不可とします。（未成年の場合は、親権者全員又は法定代理人の同意書）

2　本申出には以下の書類を添えてください。

①性別表記

・国民健康保険資格確認書等（原本）

・本人確認できるもの（運転免許証、マイナンバーカード、パスポート等）

・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

（レセプト等で性同一性障害を有することが確認できる場合は不要）

②氏名表記　※性別表記の変更に必要なものに加えて下記の書類が必要

・通称名が社会生活上日常的に用いられていることが確認できる書類

（勤務先または学校等の発行する身分証明書、通称名で受領している郵便物、公共料金の請求書など）

3　性別の表記は裏面参照とし、裏面へ記載します。（記載例：戸籍上の性別は●）

4　通称名を記載する場合は、表面の氏名欄へ記載し、氏名（本名）は裏面へ記載します。

（記載例：戸籍上の氏名は●●●●）

5　本申出の解除を希望する場合、本人より申請ください。

対象	変更受付		取下げ受付	
☐ 資格確認書	担当者	受付印	担当者	受付印
☐ 限度額適用認定証 ☐ 標準負担額減額認定証	本庁　　支所		本庁　　支所	
☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証	資格確認書等		資格確認書等	
☐ 特定疾病療養受療証	☐回収　☐再交付		☐回収　☐再交付	