

健康保険 遠隔地被保険者証 申請書
交付 取消

常務理事	事務長	係員	係員

被保険者証(保険証)の 記号		被保険者の氏名・印 ①		性別 男女	生年月日 昭和 平成 年 月 日	被保険者が勤務している事業所名称
被保険者(本人)現住所		〒 ー		<p>※保険証は必ず添付してください。</p> <p>※交付申請の場合は、下記の書類を添付してください。</p> <p>◎単身赴任の場合 会社の辞令の写しなど + 被扶養者(家族)の住民票</p> <p>◎進学の場合 被扶養者(対象者)の住所を表すもの [住所のわかる賃貸契約書の写しや、入寮証明書など] + 学生証の写し</p> <p>◎被保険者と別居の場合 被扶養者(対象者)の住民票</p> <p>※その他の場合は、お問い合わせください。</p>		
申請の対象となる被扶養者	氏名		性別	続柄	生年月日	
			男女		昭和 平成 年 月 日	
			男女		昭和 平成 年 月 日	
			男女		昭和 平成 年 月 日	
			男女		昭和 平成 年 月 日	
被扶養者(対象者)現住所		〒 ー				
<p>申請の理由 (できるだけ詳しくお書きください)</p>						

上記のとおり届出がありましたので提出します。		平成 年 月 日
事業所所在地	〒 ー	
事業所名称		
事業主氏名	①	
電話番号		

~~~~~  
 受付日付印  
 ~~~~~