

社保委員
等の
捺印

届書コード
※
届書

健康保険遠隔地被保険者証返還届

決裁
日付印

所長	次長	課長	係長	係員

①健康保険被保険者証の記号	②健康保険被保険者証の番号	ア 被保険者の氏名	③ 生年月日	イ性別	④異動の別	ウ 資格取得年月日
※		(氏)	年 月 日	男 1 女 2	返還	昭和・平成 年 月 日
⑤変更後記番号	被 保 険 者 の 住 所	キ 生 年 月 日	返 還 の 事 由			
※		明大昭平 1357 明大昭平 1357 明大昭平 1357				
	性別	ケ 続柄	備考			
	男 1 女 2					

このたびは被保険者と住所を同じくする被扶養者	カ 被扶養者の氏名	キ 生 年 月 日	性別	ケ 続柄	備考
	(氏)	明大昭平 1357	男 1 女 2		
	(氏)	明大昭平 1357	男 1 女 2		
	(氏)	明大昭平 1357	男 1 女 2		

(注意事項)
この申請書とともに、必ず「健康保険被保険者証(本人用)」「遠隔地被保険者証(家族用)」を提出してください。

うえの申請について事実不相違ないことを証明します。

平成 年 月 日 提出

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	() 局 番

印

受付日付印

社会保険労務士の提出印

印

◎「※」印欄は記入しないでください。