

--	--	--	--

健康保険 遠隔地被保険者証 交付申請書

【注意】

- この届書を提出するときは、健康保険被保険者証を添付してください。（被保険者の資格取得時は除く）
- 申請の対象となる（別居している）被扶養者の居住証明書を併せてご提出ください。

〔 記 号 〕 - 〔 番 号 : 右 づ め 〕

令和 年 月 日 提出

被保険者証の 記号・番号	-	被保険者 の氏名	⑩	
資格取得年月日	昭 平 令 年 月 日	性別 男・女	生 年 月 日	昭 平 令 年 月 日
被保険者住所	(〒 -) 都・道 府・県			
申請の事由				
申請の対象となる被扶養者				
(フリガナ) 被扶養者の氏名	性別	生年月日	続柄	被扶養者の住所
()	男 女	昭 平 令 年 月 日		
()	男 女	昭 平 令 年 月 日		
()	男 女	昭 平 令 年 月 日		
()	男 女	昭 平 令 年 月 日		
()	男 女	昭 平 令 年 月 日		

事業主証明

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

⑩ TEL ()

備	
考	

<p>受付日付印</p>
