

--	--	--	--

健康保険 遠隔地被保険者証 返還届

【注意】

この返還届とともに、必ず「健康保険被保険者証（本人用）」と「遠隔地被保険者証（家族用）」をご提出ください。

[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	④
資格取得年月日	昭平 令 年 月 日			性別 男・女	生年 月 日 昭平 年 月 日
被保険者住所	(〒 -) 都・道 府・県				
返還の事由					
このたび被保険者と住所を同じくする被扶養者					
(フリガナ) 被扶養者の氏名	性別	生年月日		続柄	備考
()	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

④ TEL ()

備	
考	

受付日付印	
-------	--