

常務理事	事務局長	課長	担当者

健康保険 遠隔地資格証明書交付・解除申請書

被保険者の記号・番号		被保険者の氏名と押印		⑩	
被保険者の現住所	〒 電話 ()				
被保険者が勤務している事業所の名称					
被扶養者の総数	名	左のうち被保険者と住居を同じくする被扶養者の数	名	被保険者と住所を別にする被扶養者の数	名

下記被扶養者の遠隔地資格証明書を 交付 ・ 解除 くださるよう被保険者証添付の上、お届けします。
(いずれかに○をする)

被扶養者に関する こと	氏名	性別	生年月日	続柄
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	
現住所		〒 電話 ()		
申請の事由 ※ 詳しく				
被保険者が勤務する事業所から遠く離れた所に住居している者は被保険者ですか被扶養者ですか		被扶養者 ・ 被保険者		

上の申請について、事実と相違ないことを証明します。

年 月 日提出

年 月 日	
所在地	
事業主 名称	
氏名	⑩

