

常務理事	事務長	1	2	担当者

## 遠隔地被保険者証 交付 申請書

下記の理由により遠隔地被保険者証を申請いたします。尚、下記の理由が解消され遠隔地被保険者証が不要となった場合、および被扶養者の異動により変更があった場合には、速やかに「遠隔地被保険者証解消・変更申請書」の届出をすることをここに誓約します。

平成 年 月 日申請

自署

印

記号 - 番号					事業所の名称					
被保険者氏名					印	性別	男 ・ 女			
生年月日	昭和・平成	年	月	日	取得年月日	昭和・平成	年	月	日	
被保険者の 現住所	〒 -				* 単身赴任・長期出張の場合は、異動後の住所を記入すること。					

申請理由*( )は続柄を記入	別居予定期間	場所(事業所名・施設名等)
①単身赴任	H 年 月 日付	
②長期出張	H 年 月 日付～H 年 月頃まで	
③妻の里帰り出産	H 年 月 日～H 年 月頃まで	
④( )が施設に入所	H 年 月 日～	
⑤( )が長期入院	H 年 月 日～H 年 月頃まで	
⑥( )が遠隔地の学校へ通学	H 年 月卒業まで	
⑦父母・祖父母と別居		
⑧( )		

※ 添付書類について

①②③→不要。④→入所がわかる書類 ⑤→医師の診断書 ⑥→学生証写し又は合格通知書等の写しと賃貸契約書写し又は入寮証写し(住所記載のもの) ⑦→被扶養者側の世帯全員の住民票 ⑧その他の場合→健保までお問い合わせ下さい。

この申請で被保険者と別居する被扶養者氏名	性別	生年月日			続柄	
	男・女	昭・平	年	月	日	
	男・女	昭・平	年	月	日	
	男・女	昭・平	年	月	日	
	男・女	昭・平	年	月	日	
別居する被扶養者の住所	〒 -					

※申請には、被保険者証を必ず添付してください。

事業所所在地	
事業所名称	
事業主名	
電話番号	
	印

