

| | | | | |
|------|-----|---|---|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 1 | 2 | 担当者 |
| | | | | |

遠隔地被保険者証 解消・変更 申請書

※遠隔地証の解消及び変更時に提出下さい。

| | | | | | |
|---------|-------|---|--------|---|----------------|
| 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 |
| 現住所 | 〒 - | | | | |

| | |
|------|--|
| 申請理由 | |
|------|--|

➤申請理由（例）

- 月○日付単身赴任解消により、家族全員が同居となったため。
- 妻が里帰り出産から戻り、家族全員が同居となったため。
- 遠隔地の学校へ通学していた長男が就職したため。
- 月○日に長女が誕生したため。

<健保記入欄>

| | | | |
|---------------|----|-----|----|
| 被保険者証 回収区分 | 添付 | 返不能 | 滅失 |
| | 通 | 通 | 通 |

全部解消 一部解消 変更(扶養の追加・削除)

平成 年 月 日提出

| | |
|-------------------------------|---|
| 事業所所在地 事業所名称 事業主名 電話 | 印 |
|-------------------------------|---|

