

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	年	月	日	
現住所	〒 - ※単身赴任・長期出張の場合は、解消後の住所を記入すること。				

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
-------------------------------	---

健保組合受付印