

常務理事	事務長	係

健康保険遠隔地被保険者証交付申請書

健康保険の 記号		被保険者の氏名	性別	生	大・昭・平	
健康保険の 番号		印	男 ・ 女	年月 日	年	月 日
被保険者の 住所	〒 ー			被保険者 の標準報 酬月額	千円	
事業所	名称					
	所在地					
被扶養者の 総数	名	被保険者と 同居してい る被扶養者	名	被保険者と 別居してい る被扶養者	名	
遠隔地被保険者証を必要とする者						
被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	被扶養者の住所		
		. .				
		. .				
		. .				
		. .				
		. .				
		. .				
遠隔地被保険者証を 必要とする理由						
被保険者の申請に基づいて調査したところ事実と相違ないことを証明します。						
平成 年 月 日						
事業所住所 名 称 事 業 主						
						印
岐阜県プラスチック事業健康保険組合 様						