理事長	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

① 被保険者証の記号と番号		② 被保険者の氏名と押印		③ 印
④ 被保険者の現住所	方			
⑤ 被保険者が勤務している事業所の名称				
⑥ 被扶養者の総数	名	（イ）左のうち被保険者と住居を同じくする被扶養者の数	名	（ロ）⑥のうち被保険者と住居を別にする被扶養者の数　名

⑦被保険者と住所を別にする被扶養者で、この申請の対象となる者の	（イ）氏名	（ロ）性別	（ハ）生年月日	（ニ）被保険者との身分関係
		男・女	昭・平・令　年　月　日生	
		男・女	昭・平・令　年　月　日生	
		男・女	昭・平・令　年　月　日生	
		男・女	昭・平・令　年　月　日生	
		男・女	昭・平・令　年　月　日生	
	（ホ）現住所	方		

⑧ 申請の事由（詳しく）		
⑨ ⑤に記載した事業所の所在地から遠く離れた所に居住している者は、被保険者ですか被扶養者ですか	被保険者　・　被扶養者	

年　　月　　日　提出

※ 受付日付印

⑩ うえの申請について、事実に相違ないことを証明します。
年　　月　　日
事業主　⑪ 住所 ⑫ 氏名　⑬ 印
電話　　局（　）　　番

社会保険労務士の提出代行		

（注　意　事　項）

イ、この申請書は、被扶養者が被保険者と遠く離れて居住していて受診するためこの特別な「被保険者証」の交付を受けようとするとき提出するものです。

ロ、この申請書には、別居している被扶養者の居住証明書（市区町村の発行したもの）および健康保険の健康保険者証を添付して下さい。

ハ、「健康保険の被扶養者」と認定されていないものについてこの申請をするときは、この申請書と一緒に「被扶養者届か被扶養者異動届」を提出して下さい。

ニ、⑦の（ロ）の男女別、⑦の（ハ）の明・大・昭・平の別および⑨の被扶養者・被保険者の別は、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。

ホ、※印の欄は記載しないで下さい。

(2019.5)