

常務理事	事務長	係長	係

## 健康保険遠隔地被保険者証交付申請書

健康保険の 記号番号	—	被保険者の 氏名	㊟	生年月日	昭和 平成	年	月	日
被保険者 の住所							性別	男・女
事業所	名称							
	所在地							
被扶養者 の総数	名	被保険者と同居し ている被扶養者数	名	被保険者と別居し ている被扶養者数	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	被保険者 との続柄	被扶養者の住所	
	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日		〒 —	
	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日		〒 —	
	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日		〒 —	
	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日		〒 —	
遠隔地被保険者証 を必要とする理由								
<p>被保険者の申請にもと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。</p> <p>令和      年      月      日</p> <p style="text-align: right;">住所 事業所 氏名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p> <p>岐阜県自動車販売健康保険組合理事長 殿</p>								

この申請に添付する書類

1. 健康保険被保険者証
2. 遠隔地被保険者証を必要とする者についての居住証明書（住民票）
3. 被扶養者としての認定が必要な場合は、「被扶養者（異動）届」とあわせて提出してください。
4. 大学・専門学校などに進学した場合は、在学証明書または学生証の写を添付してください。