

健康保険 遠隔地申請書

常務	事務長	部長	次長	課長	補佐	係長	主任	扱者

令和 年 月 日 提出

受付印

事業主欄	健康保険 被保険者等記号	
	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

社会保険労務士記載欄 氏名等

被保険者欄	① 被保険者等番号		② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	昭和 平成	年	月	日	④ 性別	男 女
	⑤ 住所	〒 -	⑥ 被扶養者への援助額			1ヶ月あたり			円		
電話 ()											

- ①から⑧までの該当欄を記入してください。
 ○この申請書は、被扶養者が被保険者と離れて居住している場合に提出するものです。まだ健康保険の被扶養者として認定されていない方についてこの申請をするときは、この申請書と一緒に「被扶養者異動届」を提出してください。
 ○この申請書には、別居している被扶養者の住民票（原本・世帯全員分の個人番号以外の記載省略がないもの）等を添付してください。
 ○別居している被扶養者と同居し始めた場合は、「遠隔地廃止届」を提出してください。

遠隔地先の被扶養者欄	① 遠隔地先の住所	〒 -	② 遠隔地先の生計費	1ヶ月あたり			円		
	③ 申請の理由 (詳しく記入してください)								
	④ 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	⑤ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	⑥ 性別	男 女
	⑦ 被保険者との続柄	⑧ 職業		無職 / パート / 年金受給者 / 中学生以下 高・大学生 (年生) / その他 ()			備考		
	④ 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	⑤ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	⑥ 性別	男 女
	⑦ 被保険者との続柄	⑧ 職業		無職 / パート / 年金受給者 / 中学生以下 高・大学生 (年生) / その他 ()			備考		
	④ 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	⑤ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	⑥ 性別	男 女
	⑦ 被保険者との続柄	⑧ 職業		無職 / パート / 年金受給者 / 中学生以下 高・大学生 (年生) / その他 ()			備考		
	④ 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	⑤ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	⑥ 性別	男 女
	⑦ 被保険者との続柄	⑧ 職業		無職 / パート / 年金受給者 / 中学生以下 高・大学生 (年生) / その他 ()			備考		