

健康保険遠隔地被保険者証交付申請書

常務理事	事務長		担当

データ	/	保険証	/				
被保険者の記号・番号		被保険者氏名		被保険者住所			
記号	番号	(氏)	(名) 印	〒			
申請理由							
申請の対象となる被扶養者	(フリガナ) 被扶養者の氏名		生年月日	性別	続柄	遠隔地番号	被扶養者の住所
	(氏)	(名)	年号 年 月 日	男 女			〒
	(氏)	(名)	年号 年 月 日	男 女			〒
	(氏)	(名)	年号 年 月 日	男 女			〒
	(氏)	(名)	年号 年 月 日	男 女			〒

上記の申請について事実相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

NDS健康保険組合理事長 殿

事業所所在地
事業所名
事業主名

印

受付日付印

(注) この申請には、被保険者証および別居している被扶養者が居住している証明書を必ず添付すること。

学生の場合は学生証明書または在学証明書のコピーを添付すること。