

遠被保険者証交付申請書

令和××年××月××日

(あて先) 小松市長

住所 小松市 □□□町 □□□番地

世帯主 氏名 小松 太郎 (印)
(署名または記名押印)

個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

電話 (0 7 6 1) ××-××××

下記の理由のため、遠被保険者証の交付を申請します。

氏名	小松 花子 男・(女)	国保番号 小 1 2 3 4 ・ 5 6 7
個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1	生年月日 ××××年××月××日
申請理由	住所を離れる理由 (旅行・施設入所・(学)対象外の教育機関への就学・就学や就職のための活動・病気療養や介護、看護 等) を詳しく記入してください。	
期間	令和××年××月××日 ~ 令和××年××月××日まで	
施設名	○○○○ (施設入所、(学)対象外の教育機関への就学の方のみ記入してください)	
施設の住所	○○○県 ○○○市 ○○○町 ○○○番地	