

⑨特別・⑩遠隔地 資格確認書交付申請書

被保険者 番号	283051								
------------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--

枝番	被保険者氏名	続柄	生年月日			
			昭和 平成	年	月	日
			昭和 平成	年	月	日
			昭和 平成	年	月	日
			昭和 平成	年	月	日

学校名・施設名 および 所在地	〒								
在学期間または 住所地を離れる期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日

兵庫県食品国民健康保険組合理事長 殿

上記の通り申請します

令和 年 月 日

組合員住所：

日中のご連絡先

組合員氏名：

( )

【ご提出いただく添付書類】

- ・ 在学証明書・入学証明書・学生証等（各コピー可）

【ご留意事項】

- ・ 「資格確認書」または「資格情報のお知らせ」に記載の住所につきましては、組合員様の住所表記と同一になります。
- ・ 「資格確認書」または「資格情報のお知らせ」送付先は、事業主様となります。

――<食品国保組合記入欄>――



理事長	専務理事	事務局長	担当者