



# 遠 隔 地 特 例 申 請 書

(国民健康保険法第116条の2該当届)

※住民票（直近三ヶ月以内に発行されたマイナンバーの記載があるもの）及び組合員本人の  
身元確認書類（運転免許証のコピー等）を必ず添付してください。

被保険者証の 記号・番号	鹿歯・鹿歯従							
住所を離れる被保険者 の氏名・続柄 性別・生年月日 及び個人番号	氏名					続柄		
	性別	男・女	生年月日	昭平	年	月	日	
	個人 番号							
事由発生日	平成	年	月	日				
住所を離れる期間		年	月	日	～	年	月	日
交付申請の理由								
上記のとおり届けます。 平成 年 月 日 (〒 - ) 遠 隔 地 住 所 (〒 - ) 組 合 員 本 人 住 所 氏 名 (印) (自宅電話番号 - - ) <b>鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</b>								

【委任欄】私は下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。 平成 年 月 日	
受任者 住所 (代理人) 氏名 (印)	委任者 住所 (組合員本人) 氏名 (印)

処 理 欄					
本人 確 認	個人番号	台 帳	名 簿	連 絡 表	保 険 証
	台 帳				
	身 元		チ ェ ッ ク	フ ァ イ ル	

※申請者本人以外の方が代理で届け出る際は、委任欄に記入をしてください。