



遠隔地特例取消依頼書

(国民健康保険法第116条該当取消)

※この申請書に住民票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		
被保険者氏名			
学 校	名 称		
	所 在 地		
	修学年限	年	
遠隔地住所	(〒 -)		
事由発生年月日	平成 年 月 日		
上記のとおり届けます。 平成 年 月 日 (〒 -) 組合員本人 住所 氏名 (印) (自宅電話番号 - -) 鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿			

処 理 欄			
台	名 簿	連絡表	保 險 証
	帳	チェック	