



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 令	年	月	日
	個 人 番 号						
事 由 発 生 年 月 日	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。 令和 年 月 日 (千 -) 遠 隔 地 住 所 (千 -) 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							

【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。 令和 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。