



遠隔地特例取消依頼書

(国民健康保険法第116条の2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 齒 ・ 鹿 齒 従
被 保 険 者 氏 名	
遠 隔 地 住 所	(〒 -)
事 由 発 生 年 月 日	年 月 日

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

(〒 -)

組合員本人 住所

氏 名



(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
	チェッ ク	フ ァ イ ル	
帳			