



# 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<br>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   | 年 月 日       |   |  |
| 上記のとおり届けます。<br>令和 年 月 日<br>(〒 - )<br>組合員本人 住所<br><br>氏 名 <span style="float: right;">(印)</span><br>(自宅電話番号 - - )<br>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     |      |       |       |