

組合員のご家族の方が組合員と住所が別になる場合、本様式にて申請してください。
毎年度申請してください。
申請事由に該当しなくなった時（組合員と同じ住所に戻った時など）は申請取消の手続きをしてください。
本様式においては、自署の場合に限り押印省略可とします。



遠隔地特例申請書

(国民健康保険法第116条の2該当届)

被保険者 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 (例：施設入所等の為)						
上記のとおり届け出ます。また、本申請を代理の者が行う時は、下記受任欄記載の者に委任します。						
令和 年 月 日						
遠隔地住所 (〒 -)						
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						

※組合員本人以外の方が代理で届け出る際は、下記受任欄に記入をしてください（組合員本人とは、住所を離れる方のことではなく、世帯主等のことを指します）。

【受任欄】私は上記の組合員から本申請について委任を受けました。 令和 年 月 日		
代理人住所	代理人氏名	(印)

処 理 欄					
本人 確 認	個人番号	台 帳	名簿	国保システム	担 当 者 印
	台帳				
	月次チェック				
	身元				

【必ずお読みください】必要添付書類

- ① 遠隔地の住民票原本
(直近3ヶ月以内に発行されたマイナンバーの記載があるもの)
- ② 組合員本人の身元確認書類 (運転免許証のコピー等)
* 代理人が届け出る場合は代理人の身元確認書類 (ただし、代理人が社労士等で、郵送で届け出る場合は省略可)