

組合員のご家族の方が修学の為に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。
在学中は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 1 1 6 条 該 当 届)

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	鹿 齒 ・ 鹿 齒 従 ※記号・番号は、マイナポータルや資格情報通知書、資格確認書等を確認して記入してください				
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				
学 校	名 称				
	所 在 地				
	修 学 年 限	年	在 学 年	年	
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、修学の為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
	台 帳			
	身 元		月次チェック	
			担 当 者 印	

【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)
- ☐ ③ 在学証明書 原本