

■■■ 遠隔地特例に該当する事由が消滅した時（遠隔地特例申請をしていたご家族が組合員と同じ住所に戻った時など）は、本様式にて申請してください。
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。



遠隔地特例取消依頼書

（国民健康保険法第116条の2該当取消）

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
被 保 険 者 氏 名	
遠 隔 地 住 所	(〒 -)
事 由 発 生 年 月 日	年 月 日

上記のとおり届け出ます。

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	国保システム	担 当 者 印
	月次チェック		
帳			

【必ずお読みください】 必要添付書類

- ☐ ① 組合員本人とご家族が同一世帯であることが
分かる住民票 原本
(直近3ヶ月以内に発行されたもの)