

(様式28号) ○在学証明書を添付して下さい。

<p style="font-size: 1.2em;">該 当</p> <p style="font-size: 1.5em;">(学) 国民健康保険法第 1 1 6 条</p> <p style="font-size: 1.2em;">届</p> <p style="font-size: 1.2em;">非該当</p>			
被保険者証 記号・番号	全歯	該 当 年月日 非該当	平成 年 月 日 (該当は、住所を異動した日、 非該当は、住所を同一にした日を記入)
学生である 被 保 険 者	氏 名		
	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	組合員との続柄
	修 学 先 住 所 (寮 ・ 下 宿 先)	〒	
学 校	名 称		
	所 在 地	〒	
	修 学 年 限 (○で囲んでください)	1 年 ・ 2 年 ・ 3 年 ・ 4 年 ・ 5 年 ・ 6 年	
	在 学 年	年	
<p>上記のとおり証明書類を添えて届けます。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組合員 　　　　　 〒</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名 　　　　　　　　　　 印</p> <p style="text-align: center;">電話番号 (- -)</p> <p style="text-align: center;">全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>			

届出入力	被保険者台帳

支部長	支部常務	係



※組合が業務上知り得た個人情報、組合業務の目的以外に使用することはありません。