

(様式60号) ○入所証明書等の住所が確認できる書類を添付して下さい。

該 当 国民健康保険法第 1 1 6 条の 2 届 非該当			
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)
該 当 被 保 険 者	氏 名		
	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	組合員との続柄
	住 所	〒	
病院・施設	名 称		
	所 在 地	〒	
上記のとおり証明書類を添えて届けます。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 組合員 　　　　　 〒 住 所 氏 名 　　　　　　　　　 印 電話番号 (　　　 ー ー 　　　) </div> 全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿			

届出入力	被保険者台帳

支部長	支部常務	係

