

(様式28号) ○在学証明書を添付して下さい。

該 当 学 国民健康保険法第 1 1 6 条 届 非該当			
被保険者証 記号・番号	全歯	該 当 年月日 非該当	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	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	
上記のとおり証明書類を添えて届けます。 年 月 日 組合員 〒 住 所 氏 名 電話番号 (- -) 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



※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。