**国民健康保険法第116条 届**

(被保険者証用)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証  記号・番号 | 道　歯  　　　　－　　　－ | 該当  年月日 | 平成・令和　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 被 保 険 者 | 氏　　　　　　名  修学する被保険者の氏名を書いてください |  | | | |
| 住　　　　　　所  同上の被保険者が修  学地で居住する住所  を書いて下さい |  | | | |
| 学校 | 名　　　　　　称 |  | | | |
| 所 在 地 |  | | | |
| 修　業　年　限  学校に在学する年数を書いてください | 年 | | 在 学 年  4月1日現在の学年を書いて下さい | 年 |
| 入　　　学　　　年　　　月 | | 平 成 ・令　和　　　　　　　年　　　　　　　月 | | | |
| 卒業予定年月 | | 令　和　　　　　　　年　　　　　　　月 | | | |
| 上記のとおり届けます。  令　和　　　　年　　　　月　　　　日 電話（　　　　　）　　　　　－　　　　　番  〒　　　　　‐　　　　　　　　　　　　FAX（　　　　　）　　　　　－　　　　　番  第1種　住　　 所  組合員 （診療所）  氏名**（自署）**  第2種　住　　 所  組合員 (自　 宅)  氏名**（自署）**  北海道歯科医師国民健康保険組合理事長　　様 | | | | | |

**※在学証明書の原本を添付して下さい。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証交付・返納 | | 被保険者台帳入力 | |
| 年　　　月　　　日 |  | 年　　　月　　　日 |  |