

国民健康保険法第 116 条 該 当  
非該当 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 <small>(修学する被保険者の 氏名を書いてください)</small>				
	住 所 <small>(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)</small>				
学 校	名 称				
	所 在 地				
	修 業 年 限 <small>(学校に在学する年数 を書いてください)</small>	年	在 学 年 <small>(4月1日現在の学 年を書いて下さい)</small>	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