

◎在学証明書を添付してください。

国民健康保険法第116条該当(非該当)届				
令和 年 月 日				
宮城県医師国民健康保険組合理事長 様				
〒 ー				
住所				
第1種組合員 (医師) 氏名				
TEL ( ) ー				
下記の被保険者は修学のため、下記の学校に在学いたしますので <b>在学証明書</b> を添付してお届けします。				
第2種組合員氏名 (従業員)		※第2種組合員の家族が必要とする場合記入して下さい。		
第116条該当 (非該当) 被保険者	被保険者証 記号番号	宮医 A	氏名	
	組合員との 続柄		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日( 歳)
	在学中の 住所	〒		
学校名			所属学部	
所在地	〒			
入学年月日	平成・令和 年 月 日	卒業見 込日 年 月 日	令和 年 月 日	
申請日現在の学年	年	修学年数	年間	

※所属支部(郡市医師会)を経由して届け出てください

DL

令和 年 月 日				
支部経由		支部長		㊟
在学証明書	被保険者証		担当者	受付
有・無	発行・検認	令和 年 月 日		㊟
	有効期限	令和 年 月 日		

※当組合は、申請によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。