

◎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在学証明書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
	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	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
有・無	発行・検認	令和 年 月 日	㊟
	有効期限	令和 年 月 日	
		受付	

※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。