

様式第 6 号

理事長	常務理事	事務長	係	年 月 日 起案
				年 月 日 決裁

国民健康保険法第 1 1 6 条 該当・非該当 届

被保険者 記号番号		個人番号 (学生のマイナンバーを記入)															
被保険者 (学生)	氏 名		生 年 月 日			性 別		続 柄									
	フリガナ		昭和 平成 年 月 日 令和			男・女											
	下宿先の住所（アパート名等詳しく）																
学 校	学校名																
	所在地																
	修学年数 現 在		年生 年生	入学日 卒業予定日		令和 令和	年 年	月 月	日 日								

入学
上記のとおり しましたので届けます。
卒業

令和 年 月 日（提出日）

組 合 員 住 所
(学生の親)
氏 名 _____
(組合員が従業員の場合、事業主組合員の署名をお願いします。)

事業主組合員氏名 _____

静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

※次のものを添付してご返送ください。
在学証明書、又は学生証の写し（有効期限が裏面に記載の場合は、両面の写し）

確認書・お知らせ 交付日	年	月	日
--------------	---	---	---