

組合記入欄	有効期限	平成 年 月 日	常務理事	事務局
	受理	平成 年 月 日		

平成 年度 (学) 該当・非該当 届

被保険者証記号番号		み歯				A						該 当 ・ 非該 当	平成 年 月 日
修学中の 被保険者	氏 名	(フリガナ)										続 柄	生年月日
	現 住 所 (寮・下宿先等)	〒 —											昭和 平成 年 月 日
修学中の 学校	名 称												
	所 在 地	(フリガナ) 〒 —											
	修 学 年 ○で囲んで ください	1 年 ・ 2 年 ・ 3 年 ・ 4 年 ・ 5 年 ・ 6 年					在学年		年				
<p>平成 年 月 日</p> <p>上記のとおり届けます。</p> <p>自宅住所 〒 —</p> <p>第1種</p> <p>第2種 TEL — —</p> <p>組合員</p> <p>第3種</p> <p>第4種 氏 名 (印)</p> <p>宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>													

- ・毎年度更新となりますので、「該当届」の場合は、4月になったら速やかに当年度の在学証明書を添付の上、手続き願います。(学生証等は不可)
- ・「該当」年月日は、入学した日付、又「非該当」年月日は、当該理由発生日を記入してください。
- ・「非該当」により、社保や市町村国保へ移行される場合は、資格喪失の届けが必要となります。

※卒業等の後、現地での就職活動等を行う場合は当該市町村国保へ移行することになります。

< F A X での提出はできません >