常務理事	事　務　局

令和　　年度 ㊚該当・非該当　届

① 被保険者番号		み歯		A		② 該当・非該当	令和　年　月　日
修学中の被保険者	③ 氏名	（フリガナ）				④ 続柄	⑤ 生年月日
							昭和 平成　年　月　日 令和
	⑥ 個人番号（マイナンバー）						
	⑦ 現住所（寮・下宿先等）	（フリガナ） 〒　－ TEL　－　－					
修学中の学校	⑧ 名称					⑨ 在学年	年
	⑩ 所在地	（フリガナ） 〒　－					

上記のとおり届け出いたします。

宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長　殿

届出年月日	令和　年　月　日
自宅住所	〒　－ TEL　－　－
組合員氏名	

・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、同時に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。

●個人番号は、必ず記入してください　　●FAXでの提出はできません