

様式 6

理事長	常務理事	事務長	係

国民健康保険法第 1 1 6 条該当（非該当）届

被保険者証 の記号番号	石 医 -												
組 合 員	氏 名		個人番号										
修学される 被 保 険 者	氏 名		個人番号										
	現 住 所												
	生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女							
修学される 学 校	名 称												
	所 在 地												
	入学年月日	年	月	日	在 学 年	第 学 年							
	卒業見込 年 月 日	年	月	日	修学年限	年							

上記のとおり在学証明書を添えて届けます。

令和 年 月 日

住 所

組 合 員

氏 名

(あて先)

石川県医師国民健康保険組合理事長

※ 在学証明書が無い場合には、在学年が確認できる書類(学生証等)を添えて提出してください。