

☐ 該 当

☐ 非該当 届

※該当する□に✓を付けてください



国民健康保険法第 1 1 6 条

※第二一六号に該当の場合は、在学証明書等を添付してください。
※第二一六号に該当しなくなった場合は、非該当年月日を記入し、世帯全員の住民票を添付してください。

被保険者番号	冲医国												
組 合 員 氏 名		個人番号											
該 当 者 氏 名		個人番号											
修学先名称													
修学先住所													
修 学 開 始 年 月 日	令和 年 月 日												
修 学 年 数	年	在 学 年	年										
※非該当の場合のみ記入 非 該 当 年 月 日	令和 年 月 日												
上記のとおり届け出ます。													
令和 年 月 日													
組合員 ※第 116 条に該当する方、または非該当になる方の世帯に属する組合員が記入してください。													
〒 ー													
住所 電話番号 ー ー													
氏名												個人番号	
沖縄県医師国民健康保険組合 殿													

【個人番号の利用目的について】

当組合は、被保険者の個人番号を番号法別表第 1 の第 30 項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収義務で利用する。※各種申請書で知り得た被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。

組 合 記 入 欄	受付印	備 考
		処理日： MNS：