様式第39号

**国民健康保険法第116条（学生）　該当・非該当　届**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **第１種組合員・第２種組合員記入欄** | 該当・非該当年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 被保険者証記号番号 | 記号　　　　　　　　番号 |
| 組合員氏名（第１種組合員又は　　第２種組合員の氏名） | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |
| 該当・非該当被保険者 | 氏名／個人番号(ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ) | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　所 | 〒　　　　－ |
| 学　　　　校 | 名　　称 |  |
| 所在地 | 〒　　　　－ |
| 修学年限 | 　年　　 | 在学年 | 　　年　　月　　日現在　年　　 |
|  | 組合使用欄 | 有効期限日（住所遠隔期限日） | 有効期限後の確認 |
| 確認年月日 | 摘　　　要 |
| 　　年　　月　　日 | 　　年　　月　　日 |  |
| 上記のとおり届けます。　　　　　　年　　月　　日　事業所　　所在地　〒　　　－　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第１種組合員（事業主）　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ（　　　　　　）（　　　　　　）（　　　　　　）ＦＡＸ（　　　　　　）（　　　　　　）（　　　　　　）栃木県医師国民健康保険組合理事長　殿 | 社会保険労務士等の提出代理人記入欄 |
| 社会保険労務士・税理士・会計士・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 上記資格の登録番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 提出代理人住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（　　　　）（　　　　）（　　　　） |
| 委任状私は上記の者を代理人と定め、個人番号を提供することを委任します。第１種組合員（事業主）氏名　　　　　　　　　　　　　　 |
| 組合使用欄 | 被保険者証回収年月日 |  |

※提出書類は別紙をご覧ください。