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。