（様式28号）○在学証明書を添付して下さい。

該　当
㊚国民健康保険法第１１６条　　届
非該当

被保険者証記号・番号	全歯	該　当 年月日 非該当	年　月　日 （該当は、住所を異動した日、非該当は、住所を同一にした日を記入）

学生である被保険者	氏　名			
	生　年　月　日	年　月　日	組合員との続柄	
	修学先住所（寮・下宿先）	〒		
学　校	名　称			
	所　在　地	〒		
	修学年限（○で囲んでください）	１年・２年・３年・４年・５年・６年		
	在　学　年	年		

上記のとおり証明書類を添えて届けます。

年　月　日

組合員　〒

住　所

氏　名

電話番号（　　－　　－　　）

全国歯科医師国民健康保険組合理事長　殿

届出入力	被保険者台帳

支部長	支部常務	係

支部受理
受付印

※組合が業務上知り得た個人情報は、組合業務の目的以外に使用することはありません。