

※	副理事長	担当理事	事務局長	次長	課長(補佐)	係長	係

※	入力	在学証明書
		添付
		不備
		TEL済

◎ 記入の方法は別紙「記入例」をよくお読みください。

◎ ※印のところは記入しないでください。

(修学中の被保険者の特例) 国民健康保険法第116条による届										
被保険者証の記号番号			記号			番号				
			医	国						
該当の組合員氏名 または准組合員氏名										
修学される家族 (被保険者) の住所・氏名		住所 (寄宿先)	〒							
		氏名								
修学される 学 校		所在地	〒							
		名称								
		入学日 年 月 日	年	月	日	修業年数	年			
		卒業予定日 年 月 日	年	月	日	在学年	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										
〒										
			医療機関 (事業所)	所在地 名称						
			組合員	氏名						
					TEL	()				
					FAX	()				
大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様										

【添付書類】

◎在学証明書(在学年の記載が無い場合は、在学年の確認できる書類も併せて)を添付してください。

※	副理事長	担当理事	事務局長	次長	課長(補佐)	係長	係	※	入 力	在学証明書	
										添付	不備
										TEL済	

(記入例)

◎ 記入の方法は別紙「記入例」をよくお読みください。

◎ ※印のところは記入しないでください。

(修学中の被保険者の特例) 国民健康保険法第116条による届												
被保険者証の記号番号			記 号				番 号					
			医 国	9	9	9	9	9	9	9	9	0
該当の組合員氏名 または准組合員氏名			国保 一郎									
修学される家族 (被保険者) の住所・氏名		住 所 (寄 宿 先)	〒 123-4567 △△県△△市〇〇町2-2-2 〇〇寮3号室									
		氏 名	国保 未来									
修学される 学 校		所 在 地	〒 123-4568 △△県△△市〇〇町1-1-1									
		名 称	△△大学 医学部									
		入 学 日	〇〇 年 4 月 1 日	修業年数	6 年							
		卒 業 予 定 日	〇〇 年 3 月 31 日	在 学 年	1 年							
上記のとおり在学証明書を添えて届けます。												
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日												
〒 542-0062												
医療機関 (事業所)		所在地	大阪府中央区上本町西3丁目1-7									
		名 称	(医) 国保医院									
組合員		氏 名	国保 一郎									
TEL 06 (6761) 8096 FAX 06 (6761) 8096												
大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様												

【添付書類】

◎在学証明書(在学年の記載が無い場合は、在学年の確認できる書類も併せて)を添付してください。