様式第二

理事長	副理事長	常務理事	常務理事	事務長	係

国民健康保険法１１６条　該　当
非該当　届

被保険者 (116 条該当者)	被保険者番号			（枝番）	
	氏　　名				
	個 人 番 号 (マイナンバー)				
	住　　所				
学　校	名　　称				
	所　在　地				
	修 学 年 限	年	在学年	年	
［ 非該当の場合 ］**非該当理由**					

第二種組合員　※第二種組合員の世帯員が 116 条の該当者となるとき、ご記入ください。

第二種組合員の氏名	第二種組合員の個人番号（マイナンバー）

上記のとおり届けます。

令和　　年　　月　　日

第一種
第三種　組合員　住　所

氏　名　　㊞

第一種・第三種組合員 個人番号（マイナンバー）												

秋田県医師国民健康保険組合理事長　様

＜添付書類＞

・在学証明書

・組合員ご本人と対象となる方の個人番号（マイナンバー）を確認するものとして、下記のいずれか
マイナンバーカード（写）、通知カード（写）、個人番号（マイナンバー）が記載された住民票（写）