

データ処理

受付印



# 国民健康保険法第116条届

被保険者記号番号	—	該当年月日	令和	年	月	日										
該 当 者	氏 名															
	個人番号															
	住 所	(下宿先等)														
学 校	名 称															
	所 在 地															
	修学年限		年	在学年		年										
上記のとおり申込みます。 令和 年 月 日 住所 (准) 組合員氏名 個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> TEL 埼玉県医師国民健康保険組合理事長 様														<b>【個人番号の利用目的について】</b> 当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。		
委 任 欄	本届を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 住所 (准) 組合員 氏名 住所 代理人 氏名 TEL															

1. 在学証明書（原本）を必ず添付して下さい。
2. 申請者は当該世帯の（准）組合員となります。
3. 届出者である（准）組合員からの郵送、持込以外（例えば社労士事務所からの郵送や持込）の場合は、委任欄に記入の上、代理人の身元確認（個人番号カード、運転免許証、パスポート等）の提示（コピーの添付）が必要です。 HP