

国民健康保険 法第116条該当・非該当届

[illegible]

※ 非該当の場合、非該当年月日のみを記載してください。

|           |      |                                           |  |                                                 |   |
|-----------|------|-------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|---|
| 該当・非該当年月日 |      | <div> <div>該当</div> <div>非該当</div> </div> |  | 令和 <div>○</div> 年 <div>○</div> 月 <div>○</div> 日 |   |
| 転出先住所     |      | 東京都〇〇〇〇 ●●マンション1号室                        |  |                                                 |   |
| 学校        | 名称   | 〇〇大学                                      |  |                                                 |   |
|           | 学部等  | 〇〇学部                                      |  |                                                 |   |
|           | 所在地  | 東京都〇〇〇〇                                   |  |                                                 |   |
|           | 修学年限 | 6                                         |  | 在学年                                             | 1 |

新潟県医師国民健康保険組合理事長 様

上記のとおり必要書類を添えて届けます。 令和 〇 年 〇 月 〇 日

|                   |                                                                                |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 届出者氏名<br>(第1種組合員) | 医 師 一 郎                                                                        |
| 住 所               | ○ 医院・自宅 ※いずれかに○<br>〒 000-0000 新潟市中央区医学町通二番町13番地<br>国保クリニック<br>TEL 000-000-0000 |

|                   |                                                                                   |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 本届出を下記代理人に委任します。  |                                                                                   |
| 令和 〇 年 〇 月 〇 日    |                                                                                   |
| 委任者氏名<br>(第1種組合員) | 医 師 一 郎                                                                           |
| 代理人               | 事業所名・住所、担当者、TEL<br>〒000-0000 新潟市中央区医学町通〇〇<br>△△社労士事務所<br>△ △ △ △ TEL 000-000-0000 |

| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 受付 | 登録 | 交付 |             | 備考 |
|------|-----|----|----|----|----|-------------|----|
|      |     |    |    |    |    | 確認書<br>お知らせ |    |

**届けを社労士等に委任する際に記載。**

届けを社労士等に  
委任する際に記載。