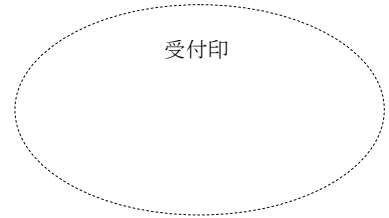


承認欄	理事長	副理事長 兼常任理事	理事	事務長	次長	副課長	担当



修学中の者に関する届

提出 代行者 の氏名	
------------------	--

修学している組合員の家族	記番号	該当 (非該当) 年月日	1. 該当 平成 年 月 日		2. 非該当	
	フリガナ	生年月日	1. 昭和 年 月 日		性別	1. 男
	氏名		2. 平成 年 月 日			2. 女
	個人番号	第1種組合員との続柄		1. 第1種組合員(医師)の家族 続柄()		
住民票のある住所	2. 第2種組合員(従業員)の家族 続柄()					
学 校	学 校 名					
	学 校 の 地 所 在 地					
	終業年限	年間	在 学 年	年生		

上記の通り申請致します	提出年月日	平成	年	月	日
	〒	-			
自宅住所					
第1種組合員 (医師組合員)	連絡先TEL	-	-		
氏名					印
岩手県医師国民健康保険組合理事長 様					

【添付書類】 在学中は毎年度申請が必要です。
・在学証明書

【個人情報の取扱いについて】

ご記入いただいた個人情報は当組合の個人情報保護方針に沿って扱うものとします。また、この申請によって取得した個人番号(マイナンバー)は医療保険に関する個人番号関係事務において利用いたします。