

(様式60号) ○入所証明書等の住所が確認できる書類を添付して下さい。

該 当 国民健康保険法第 1 1 6 条の 2 届 非該当			
被保険者証 記号・番号	全歯	該 当 年月日	年 月 日
		非該当	(該当は、住所を異動した日、 非該当は、住所を同一にした日を記入)
該 当 被 保 険 者	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	組合員との続柄
	住 所	〒	
病院・施設	名 称		
	所 在 地	〒	
上記のとおり証明書類を添えて届けます。 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 組合員 〳 住 所 氏 名 電話番号 (- -) </div> 全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿			

届出入力	被保険者台帳

支部長	支部常務	係



※組合が業務上知り得た個人情報、組合業務の目的以外に使用することはありません。