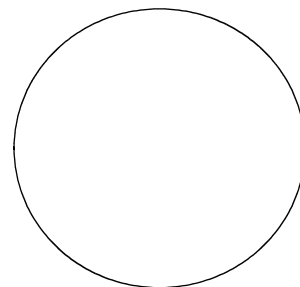


神奈川県薬剤師国民健康保険組合
遠隔地(学)被保険者該当届



被保険者の記号・番号		3 4 -			
被 保 険 者 (住所を離れる者)	(フリガナ) 氏 名 個人番号(マイナンバー)			組 合 員 との続柄	

学 校	名 称				
	所 在 地				
	卒業予定年月	令和	年	月	在 学 年
上記のとおり届出します。					
令和 年 月 日					
神奈川県薬剤師国民健康保険組合理事長 様					
〒 -					
住 所					
組合員					
氏 名					
電話 自宅 ()					
携帯 ()					

有効年月日 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

※申請に必要なもの

- 1 在学証明書
- 2 転出先の住民票(個人番号(マイナンバー)が記載されているもの)(有効期限3ヶ月)

決 裁	理事長	常務理事	事務長	主 幹	担 当