

決	理 事 長	常務理事	事務局長	係	支 部 長
定					
伺					

扶養家族の別居該当届 学 ・ 遠

被保険者記号・番号		岡304												
被保険者(該当者)	氏 名													
	個人番号 (マイナンバー)													
	住 所 (学生の場合記入)													
学校名・入所先	名 称													
	所 在 地													
住所を離れる期間		令和	年	月	日から									
		令和	年	月	日まで									

上記のとおり在学証明書・入所証明書を添えて届け出します。

住所
組合員

令和 年 月 日 氏名

岡山県建設国民健康保険組合 殿

※個人番号
(マイナンバー)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※上記の被保険者と同じ場合は、省略可

身元確認欄	① 確認者	<input type="checkbox"/> 支部	()	
	② 届出人	<input type="checkbox"/> 組合員	<input type="checkbox"/> 代理人	() ※代理人の場合は、委任状が必要
	③ 身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他	(