

特別遠隔地被保険者証交付申請書

令和 年 月 日

宮城県医師国民健康保険組合理事長 様
〒 ー

住 所

第1種組合員
(医師) 氏 名 ㊟

TEL () ー

下記の被保険者は、当分の間組合員の住所を離れますので申請いたします。

第2種組合員氏名 (従業員)	※第2種組合員の家族が必要とする場合記入して下さい。		
住所を離れる 被保険者	被保険者証記号番号	宮医	A
	氏 名	組合員との続柄	生 年 月 日
			昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
			昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
住所を離れる期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
被保険者の住所	〒 ー		
交付申請の理由 (具体的に)			

※所属支部(郡市医師会)を経由して届け出てください

DL

支 部 経 由	令和 年 月 日		
	支 部 長		㊟
	被 保 険 者 証	担 当 者	備 考
発行・検認	令和 年 月 日	㊟	
有効期限	令和 年 月 日		
	受 付		

※ 当組合は、申請によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。