

## 特別遠隔地被保険者証交付申請書

平成 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				
氏 名 <span style="float: right;">Ⓜ</span>				
電話番号 ー 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	(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	
			明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳 )	
			明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳 )	
			明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳 )	
住所を離れる期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			
被 保 険 者 の 住 所	〒 ー			
交 付 申 請 の 理 由 ( 具 体 的 に )				

支 部 経 由	平成 年 月 日			
	支 部 長 <span style="float: right;">Ⓜ</span>			
	被 保 険 者 証	担 当 者	備 考	受 付
発 行 ・ 検 認	平成 年 月 日	Ⓜ		
有 効 期 限	平成 年 月 日			

※ 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。