

常務理事	理事	事務長	担当者



国民健康保険組合・第1種組合員医療機関の業態変更届

宮城県医師国民健康保険組合 様		平成 年 月 日(届出日)
〒 -		
住所 (住民票記載)		
第1種組合員 氏名 ⑩		
TEL () - -		
下記のとおりお届けします。		
被保険者証番号又は組合証番号	宮医 A	資格取得年月日 昭和・平成 年 月 日
届出区分 (該当を○で囲み年月日を記入)	1. 開設者・事業主の変更 (法人設立等含む) 2. 休業 3. 閉院 4. 所在地の変更 5. その他()	
変更年月日	平成 年 月 日	
休業予定期間 (届出区分2の場合)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
区 分	変 更 前	変 更 後
事業所の種別	1. 法人(事業主・勤務・非常勤) 2. 個人(事業主・勤務・非常勤・従業員5人以上・従業員5人未満)	1. 法人(事業主・勤務・非常勤) 2. 個人(事業主・勤務・非常勤・従業員5人以上・従業員5人未満)
事業所	所在地	〒 -
		TEL () - -
	名称	
	事業主氏名	

(注) 届出は**事実発生の日から14日以内**に提出願います。

【支部記入欄】

			DL
() 支部長	受付・処理年月日	台帳整理	備考
⑩	平成 年 月 日	⑩	

※ 当組合は、届出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。