

緊急連絡先届

平成 年 月 日

宮城県医師国民健康保険組合 様

被保険者証 記号番号	宮医 A	氏名	
連絡先	電話番号	-	FAX番号 -
	携帯電話	-	-
	E-MAIL		
加入前の勤務先			
現在の所属先 (教室名等)			
保険証送付希望先 (宅急便でお届け)	自宅 医局 その他()		

貴組合が、私に連絡のとれない事情が発生したときには、下記にご連絡下さい。

記

緊急 連絡 先	連絡先氏名	フリガナ	第1種組合員との続柄 ()			
	自宅	〒	-	都 道	市 区	区 町
				府 県	郡	村
		電話番号	()			
		携帯電話	()			
	勤務先名					
	勤務先住所	〒	-	都 道	市 区	区 町
				府 県	郡	村
		電話番号	()			

(注) 連絡の取れない事情とは、急な出張・長期出張等で不在の場合、組合から早急に連絡を取る必要が生じた場合のことです。

なお、その代理となる連絡先は同居でない方を記入してください。他県在住の方でも結構です。その方が勤務している場合は、勤務先についても記入して下さい。

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。