

## 新規開業届

令和 年 月 日(届出日)

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                   |
| 第1種組合員氏名<br>(医師) |                      |
| 医療機関所在地          | 〒 ー<br><br>TEL ( ) ー |
| フリガナ             |                      |
| 医療機関名称           |                      |
| 診療科              |                      |
| 開業予定年月日          | 令和 年 月 日             |

※所属支部(郡市医師会)を経由して届け出てください。

DL

| ( ) 支部長 | 受付・処理年月日 | 台帳整理印 | 備考 |
|---------|----------|-------|----|
| Ⓜ       | 令和 年 月 日 | Ⓜ     |    |

※ 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。