

特別遠隔地被保険者証交付申請書

宮城県医師国民健康保険組合理事長 様		令和	年	月	日
〒		-			
住所					
第1種組合員 (医師)	氏名				
	TEL ()	-			
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	〒				
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	受付		
発行・検認	令和	年	月	日	㊟	
有効期限	令和	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。