

緊急連絡先届

(注) 連絡の取れない事情とは、急な出張・長期の旅行等で不在の場合、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、緊急連絡先は同居していない方をご記入ください。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。

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 ※組合記入欄	宮医 A	第1種組合員氏名 (医師)	フリガナ
電話番号	TEL ()	携帯	()
メールアドレス			
医師国保加入前の勤務先名称			
現在の所属先 (教室名・医療機関・非常勤機関名称)			
保険証送付希望先 ※大学院生加入時	自宅 ・ 大学医局 ・ 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

◎同居していない方をご記入ください。 例) 親・兄弟・子・親族等

緊急連絡先	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 ()	
	勤務先名称		

※ 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。

D L