

東日本大震災に係る国民健康保険料免除申請書(医療機関用)

減 免 対 象 組 合 員	被保険者証・ 組合員証の番号	宮医	第1種・第2種 組合員の資格取得日	昭・平 年 月 日	
	医療機関住所				
	自宅住所				
	続柄	氏名	生年月日	年齢	備考
	組合員本人		大・昭・平 年 月 日		
			大・昭・平 年 月 日		
			大・昭・平 年 月 日		
			大・昭・平 年 月 日		
			大・昭・平 年 月 日		
	医療機関の 被災状況	_____			
診療休止期間	平成23年3月12日 ~ 平成 年 月 日				
診療再開予定日	平成 年 月 日 申請日時点で診療休止の場合ご記入下さい。				

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

〒 \_\_\_\_\_  
医療機関住所

第1種組合員  
(事業主) 氏名

電話番号 ( )

宮城県医師国民健康保険組合理事長 様

行政機関発行の罹災証明書等(写し可)を添付して、支部(都市医師会)を経由の上で提出して下さい。

支 部 記 入 欄	平成 年 月 日	組合受付
	支部長	
D L		
組合使用欄	平成 年 月 日 第 回理事会	承認期間 平成23年3月12日 ~ 平成 年 月 日