

東日本大震災に係る国民健康保険料減免免除申請書(住家用)

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	
	罹災時住所				
	現住所				
	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		
	罹災証明書に 記載の家屋の 被害の程度	全壊 ・ 大規模半壊 ・ 半壊 (で囲んで下さい。) 一部損壊は対象外です。			
具体的な状況	_____				

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

〒 -
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(写し可)を添付して、支部(郡市医師会)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	減免割合	50% ・ 100%