

東日本大震災に係る国民健康保険料免除申請書(その他)

様式3

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		
	組合員の 被災状況	1. 重篤な傷病を負った場合 2. 行方不明となった場合 (該当の番号を で囲む)			
業務休止期間	平成23年3月12日 ~ 平成 年 月 日				
業務開始予定日	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

重篤な傷病を負った場合は、医師の診断書、行方不明の場合は警察に提出した行方不明の届出の写しを添付して、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	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
-----	-----------------	------	--------------------------