

理事長	副理事長	常務理事	事務局長	事務長	業務係	会計・庶務係

(令和 年 月 日 全理事会承認)

自家診療給付承認申請書	
被保険者証記号・番号	—
被保険者氏名	
生 年 月 日	大昭平令 年 月 日
組合員との続柄	
傷 病 名	
診 療 年 月 日	令和 年 月 日
自家診療を必要とする理由 (詳しくご記入下さい)	
郡市支部長の意見	
	支部長名 ㊞
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>被保険者証住所</p> <p>組合員氏名</p> <p style="text-align: right;">TEL</p> <p>宮崎県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>	