

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	宮崎 花子
生 年 月 日	明大 ^昭 平 ○年 ○月 ○日
組合員との続柄	妻
傷 病 名	COVID-19の疑い
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)	COVID-19の疑いによりPCR検査を実施したため
郡市支部長の意見	
	支部長名 (印)

上記のとおり申請します。

令和 ○年 ○月 ○日

被保険者証住所 ○○○○○○○○○○○○○○

組合員氏名 宮崎 太郎



TEL ○○○○-○○-○○○○

宮崎県医師国民健康保険組合理事長 殿