

理事長	副理事長	常務理事	事務局長	課長	業務係	会計・庶務係

(令和 年 月 日 理事会承認)

自家診療給付承認申請書

被保険者記号・番号	
被保険者氏名	
生 年 月 日	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 (詳しくご記入ください)	
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	
組合員氏名	
住所	
TEL	
宮崎県医師国民健康保険組合理事長 殿	