

令和 年 月 日

宮城県国民健康保険団体連合会 御中

医療機関等
コード

名 称

郵便番号
住 所

開設者氏名

印

新型コロナウイルス緊急包括支援交付金振込通知書の再発行について

下記のとおり、再発行を依頼します。

記

1 再発行を依頼する交付金の区分と申請年月等

※再発行を依頼する交付金の□にチェック（✓）を入れ、本会への申請年月と本会からの交付金振込年月を記載してください。

| 区分 | 交付金名 | 申請年月 | 振込年月 |
|--------------------------|--------------------------|--------|--------|
| <input type="checkbox"/> | 新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金交付事業 | 令和 年 月 | 令和 年 月 |
| <input type="checkbox"/> | 医療機関・薬局等における感染症拡大防止等支援事業 | 令和 年 月 | 令和 年 月 |

2 再発行の理由

[]