

届出機関所在地以外への発送に関する届

令和 年 月 日

宮城県国民健康保険団体連合会 宛

保険医療機関コード							
-----------	--	--	--	--	--	--	--

保険医療機関の
所在地及び名称

1 医療機関所在地と別住所への発送を希望する理由

--

2 国保連合会からの発送物依頼住所及び連絡先

〒					
TEL				(担当	様)

保険医療機関の名称

開設者氏名