

健康保険特定疾病療養受療証再交付申請書

西武健康保険組合理事長 殿				健 保 組 合 常務理事
健康保険被保険者等 記号・番号	記 号	番 号		
被保険者の氏名				事務長
認定対象者の氏名				
認定対象者の住所	〒 () TEL ()			
再交付を 申請する理由	※ 該当する理由に○をつけてください。 ※ 1または3に該当する場合にはその状況を詳しく記入してください。 ※ 2に該当する場合には汚損または破損した特定疾病受療証を添付してください。 1. 【紛失・盗難】のため ー状況ー () 2. 【汚損・破損】のため 3. その他 ー状況ー ()			取扱者
令和 年 月 日 上記の理由により特定疾病受療証を再交付して下さるようお願いいたします。 被保険者氏名 _____				

押 印 欄	事 業 所		所 属	
-------------	-------------	--	--------	--

K01-202504
健保受付年月日