

任意継続被保険者特定疾病療養受療証交付申請書

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 証記号・番号	記 号		番 号		
					事務長
被保険者の住所	〒 TEL ()				
被保険者の氏名		男 女	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	
資格喪失年月日	令和 年 月 日				
任意継続被保険者の 資格取得前の 事業所名と住所	事業所名				
	住 所				
*認定対象者の 氏 名					取扱者
*認定対象者の 住 所	〒 TEL ()				

*認定対象者の氏名と住所が被保険者と同一の場合、記入は不要です。

令和 年 月 日

特定疾病受療証を交付して下さるようお願いいたします。

被保険者氏名
