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くださるようお願いいたします。

被保険者氏名　○○　○○

健保受付年月日　K02202105