

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 組 保 合
				常務理事
健康保険被保険者 等記号・番号	記 号	2100	番 号	12345
被保険者の住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町0-00-0 TEL 〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇			事 務 長
被保険者の氏名	西武 太郎	男 女	昭和 平成 10 年 1 月 2 日 令和	
資格喪失年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日			取扱者
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	〇〇株式会社		
	住 所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
*認定対象者の 氏 名	西武 太郎			
*認定対象者の 住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町0-00-0 TEL 〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇			

*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 及 び 印 西 武 太 郎

健保受付年月日 K02-202504