

そごう・西武健康保険組合理事長 殿

# 健康保険 任継障害認定申出届

下記のとおり、認定を受けましたので申出いたします。

被保険者の住所

(届出年月日) 令和 年 月 日 氏 名

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号番号	20 -	被 保 険 者 氏 名	
	資格取得年月日	平成・令和 年 月 日	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
	高齢者の医療に関する法律の医療受給者証に関する事項			
	発行機関名	受給者番号	認定日	備考
			平成・令和 年 月 日	

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、

記入者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

※65歳以上75歳未満の任継の被保険者が、「高齢者の医療の確保に関する法律」の  
規定による障害認定を受けたときにご提出ください。

常 務 理 事 印				
-----------------------	--	--	--	--

決裁印

受付印