

障 受給者加入健康保険変更届

申請日： 年 月 日

氏 名		受給者番号	9						
住 所									
健康保険被保険者名									
保 険 種 別	全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合・国民健康保険 後期高齢者医療広域連合 ・その他（ ）								
記 号 ・ 番 号									
保 険 者 の 名 称									
保 険 者 番 号									
加 入 年 月 日									

※健康保険の資格が確認できる書類の写しを同封してください。

----- 切 り 取 り -----

○ご提出先

切り取って封筒の宛名に利用できます

〒171-8422 豊島区南池袋 2 - 4 5 - 1
豊島区 障害福祉課 給付グループ 宛て

○お問い合わせ先

豊島区 障害福祉課 給付グループ

TEL 03-3981-1963 月曜～金曜（祝日・年末年始を除く）8：30～17：00