

交付年月日:令和 年 月 日

健康保険組合使用欄					
専務理事	常務理事	事務長	課長	係長	担当

WEBサービス ID再発行申請書 (資格喪失者用)

被保険者等 記号-番号	—	事業所名	
被保険者氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
再発行を申請する理由(番号に○印をつけてください。)			
1 仮IDハガキを紛失したため 2 IDを忘れてしまったため			
被保険者住所	※当組合の任意継続被保険者資格を取得済の方については、現在登録済の住所へ送付しますのでご記入は不要です。 〒 — 電話番号() —		

以上のとおり、WEBサービス利用のための再発行を申請します。

近畿電子産業健康保険組合 御中

※本人確認のため、次の資料のうちいずれか一つを貼付または添付してください。

- ・マイナンバーカード表(おもて)面の写し ・資格確認書の写し ・健康保険被保険者証の写し
- ・運転免許証の写し ・住民票の写し

貼付欄

