

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

事業所記号	
-------	--

被保険者等 番号	被保険者氏名	生年月日	再発行理由 (どちらかに○印をつけてください。)
		昭和・平成 . .	紛失・ID忘れ

近畿電子産業健康保険組合 御中
上記の被保険者から WEBサービスのID再発行の申請がありました。 ついては、仮ID、仮パスワードの再発行を依頼します。
令和 年 月 日
事業所名称
所在地
事業主氏名
連絡先電話番号
ご担当者名

○ ID再発行通知は事業所に送付しますので、お手数ですが被保険者にお渡しください。

