

資格情報のお知らせ 再交付申請書

【申請者】 ↓記号・番号が不明な方は空欄で可

マーキュリー健康保険 記号・番号	記号		番号	
被保険者 氏名	印 ※本人自署の場合は押印不要			
被保険者 生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
自宅住所	〒			
日中繋がる電話番号	()	-		健保組合より連絡が入る場合があります
メールアドレス				
申請書郵送先住所	〒169-0073 新宿区百人町1-22-17 新宿リサーチパークビル「マーキュリー健康保険組合」宛			

対象者・理由に☑を入れてください。

申請対象者・理由	
<input type="checkbox"/> 被保険者のみ	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 加入者全員	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 被扶養者①	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ()
(被扶養者氏名 続柄) (生年月日 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 被扶養者②	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ()
(被扶養者氏名 続柄) (生年月日 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 被扶養者③	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ()
(被扶養者氏名 続柄) (生年月日 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 被扶養者④	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ()
(被扶養者氏名 続柄) (生年月日 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ()

健保マイポータルに電子送付。必ず確認および文書保管ください。

事業主記入欄	住所	
	名称	
	事業主氏名	印
	電話番号	

お知らせ発行日付	常務理事	事務長	担当	担当

受付印