

記入例

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	健保 花子			(健) ※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 5 年 4 月 23 日			
自宅住所	〒 169-0073 東京都新宿区●●●町 ●丁目 ● — ●● ●●マンション ●●●号室			
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	●●●●●●●●@●●●●●●●●.ne.jp			
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 checked="" type="checkbox"/> 被保険者のみ	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 被扶養者①	<input type="checkbox"/> 減失 <input checked="" type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ()
被扶養者氏名 健保 花太郎 続柄 長男)
生年月日 令和●年 ●●月 ●●日	
<input type="checkbox"/> 被扶養者②)
被扶養者氏名	
<input type="checkbox"/> 被扶養者③)
被扶養者氏名 続柄	
<input type="checkbox"/> 被扶養者④)
被扶養者氏名 続柄	

申請希望者・理由に、☑チェックを入れてください。
 注意) 書類不備・記載もれ等は返戻となります。

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	事業主記入欄	印
	名称		
	事業主氏名		
	電話番号		

お知らせ発行日付	常務理事	専務員	担当	担当	受付印
健保組合記入欄					