

健保マイページ仮ID・PW再発行

【申請者】

健康保険被保険者 記号-番号	記号		番号	
勤務先事業所名	※お勤め先の会社名を記載			
被保険者 氏名	◎ ※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	〒			
(郵送先が上記と異なる方) 郵送先住所	〒 (宛)			
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				
今後は、取り扱いに十分注意いたします。仮ID・PWが届き次第、速やかに本登録を行います。				
令和 年 月 日				
署名				印

※保険証、資格情報等、お手元に無く、記号・番号不明な方は、記号・番号は記載不要。

申請方法は郵送のみとなります

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

証明書発行日付	常務理事	事務長	担当	担当

受付印