

伺		令和 年 月 日		
常務理事	事務長	課 長	係 長	係

名古屋薬業健康保険組合 御中

医療費webサービス「ユーザID」「パスワード」申込書

被保険者等	記号				被保険者氏名	(フリガナ)
	番号				電話番号 (日中の連絡先)	TEL. () —
送付先 (どちらかに○印をつけて 送付先をご記入ください)	1. ご自宅	〒 —				
	2. 上記1以外の 送付先	〒 — (宛 名)				
備考						

令和 年 月 日

下記宛にFAX等でお申し込みください。

受 付 日 付 印

(送付先)

460-0002

名古屋市中区丸の内三丁目1-35

名古屋薬業健康保険組合

TEL 052-211-2439

FAX 052-231-4964

組合記入欄	令和 年 月 日 送付
-------	----------------------------