

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

被保険者証	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
-------	-------------