

常務理事	事務長	事務次長	総務課長	担当者

健康マイポータルID・仮パスワード交付申請書

被保険者等 記号番号	—	ふりがな	
		被保険者 氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	電 話 先 連 絡 先	()
自宅住所	〒 —		
事業所 名 称		事業所 電 話	()
事業所 住 所	〒 —		
交付の種別	1. 初 回 2. 再交付	該当する番号を○で囲んでください。	
添付書類	申請者ご本人の本人確認書類(運転免許証やマイナンバーカード等)の写し		

上記のとおりID・仮パスワードの交付申請をいたします。

年 月 日

神奈川県機器健康保険組合理事長 殿

【注 意】

※申請の際は、必ず、被保険者本人の申請にてお願いいたします。

※申請は郵送にてお願いいたします。

※ID・仮パスワード通知はご自宅宛にお送りいたします。

〒231-0015
神奈川県横浜市中区尾上町4-47
神奈川県機器健康保険組合
TEL 045-641-7713
FAX 045-641-3176