

Web医療費通知 仮ユーザーID/パスワード再交付申請書

オリックスグループ健康保険組合御中

下記のとおり申請いたします。

申請日 令和 年 月 日

被保険者名	印	被保険者証 記号番号	-
ご連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先	-	内線()
ご自宅住所	住所 〒 - 宛名		様
申請事由 (いずれかに チェックして ください)	<input type="checkbox"/> 紛失		
	<input type="checkbox"/> 「ID・PWを忘れた方はこちら」より手続きをしたがメールが届かない		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

※機微情報により簡易書留でお送りいたしますのでご対応ください。

※毎月2回(15日と月末)の作業となるため、お時間をいただく場合がございます。ご了承ください。

【申請書の提出先】

社内便：世界貿易センタービル
オリックスグループ健康保険組合 Web医療費通知 係宛

郵送：〒105-6135 東京都港区浜松町2-4-1 世界貿易センタービル
オリックスグループ健康保険組合 Web医療費通知 係宛

<健康保険組合処理欄>

<受付印>

常務理事	事務長	担当	