

そごう・西武健康保険組合理事長 殿

「マイヘルスウェブ」パスワード再発行依頼書

必要事項を全てご記入のうえ、健保組合にご提出ください。

【送付先】〒220-8510 横浜市西区高島2-18-1 そごう横浜店内 そごう・西武健康保険組合
「MHW」係宛

申請者情報	保険証の記号		保険証の番号	
	氏 名			
	生 年 月 日	昭和・平成	年	月 日
	日中連絡のつく 電 話 番 号	— — 携帯 ・ 自宅 ・ 勤務先 []		

※申請者が被保険者以外の場合は以下も記入してください

被 保 険 者 氏 名	
被保険者生年月日	昭和・平成 年 月 日

＜ 送 付 先 住 所 ＞
宛名ラベルとして使用しますので
必ずご記入ください

〒	—
様	

【健保処理欄】

受付印

発行	発送
/	/