

PepUp本人確認用コード再発行申請書

申請日： 令和 年 月 日

被保険者証 記号・番号	記号	番号	番号	所属部署	
被保険者の 情報を記入	フリガナ				
	被保険者氏名				
	生年月日	昭 和 平 成	年	月	日
	住所(居所)	〒			
	日中連絡可能な 電話番号	—		—	
再発行を必要とする 方の情報を記入 (被保険者本人の 再発行申請をする 場合は記入不要)	フリガナ				
	再発行対象者の 氏 名				
	再発行対象者の 生 年 月 日	昭 和 平 成	年	月	日
	再発行対象者の 住所(居所)	〒			
	日中連絡可能な 電話番号	—		—	

【注意事項】

1. ご自身がログイン時に設定する「パスワード」の問い合わせ用ではありません。
パスワードの問い合わせはPepUp画面より行うことができます。
2. 記入に不備がある場合、再発行は出来かねます。
また、確認にあたりご連絡差し上げることがありますので、連絡先も忘れずご記入下さい。
3. 申請書はマルハン健康保険組合へ郵送、またはガールンメッセージに添付をお願いします。

【郵送提出先】

〒111-0036
東京都台東区松が谷1丁目9番12号 S P Kビルディング7階701
マルハン健康保険組合 PepUpコード再発行係

受付日付印

【健保記入欄】

再発行可否	送付先確認	備 考
可 ・ 否	令和 年 月 日	

マルハン健康保険組合