

Pep Up本人確認用コード確認依頼書

依頼日： 年 月 日

対 象 者			
保険証記号		番号	
(フリガナ)			
氏名			
生年月日	(西暦)	年	月 日 歳
被保険者氏名		被保険者との続柄	
電話番号	—	—	

↓ご希望の回答方法をお選びください

回答方法	送 付 先
<input type="checkbox"/> 社内メール	社内メールNo :
<input type="checkbox"/> 郵 送	〒
<input type="checkbox"/> メール	@

※ PepUpの初回登録に必要なコードになります。

パスワードを忘れた方は、ログイン画面の「パスワードをお忘れの場合」から再設定してください。

【依頼書送付先】 荏原健康保険組合 保健事業担当
住所：〒144-8510
東京都大田区羽田旭町11-1
e-mail：kenpo_hokenjigyo@ebara.com

健保確認欄	
-------	--