

# 健康保険組合等加入状況

- ※ 初回申請時点でみずほ健保に加入してから3年以内の方のみご記入ください。
- ※ 直近に加入していた健保から順番にご記入ください。
- ※ 過去10年間の健康保険加入歴をご記入ください（用紙は複数枚になっても差支えありません）。空白期間のないように記入してください。

被保険者等記号・番号	—	氏名			
該当者は <input checked="" type="checkbox"/> して下さい。 (以下記入不要)	<input type="checkbox"/> みずほ健康保険組合に被保険者本人として資格を取得する前に、他の健康保険組合に被保険者として加入していたことはありません。				
これまで加入されていた健康保険名称を 記入し、該当に <input checked="" type="checkbox"/> して下さい	被保険者・ 被扶養者の 別	取得日・喪失日	被保険者等 の記号番号	職業	勤務先の会社名
<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 協会健保 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 無保険	被保険者 ・ 被扶養者	平成 年 月 日 令和	記号		会社名
		平成 年 月 日 令和	番号		所在地
<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 協会健保 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 無保険	被保険者 ・ 被扶養者	平成 年 月 日 令和	記号		会社名
		平成 年 月 日 令和	番号		所在地
<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 協会健保 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 無保険	被保険者 ・ 被扶養者	平成 年 月 日 令和	記号		会社名
		平成 年 月 日 令和	番号		所在地