

特例退職被保険者資格取得申請書

※太枠内について全て記入・確認のうえご捺印下さい。

フリガナ	ミズホ タロウ			提出日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
申請者氏名	みずほ 太郎			性別	男・女	
				生年月日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1			年齢	〇〇才	
				電話番号	自宅	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
緊急連絡先 (ご本人以外の方)	氏名	みずほ 花子	続柄	妻	携帯	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
					電話番号	自宅
市区町村コード(健保記入欄)				6 7	-	

【資格確認書 発行要否欄】

左記のAまたはBに該当する方のみ該当の記号を口に入れてください

A. マイナンバーカードを紛失した、更新中の者

B. マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が要配慮者等と同行して資格確認を補助する必要がある者

フリガナ 氏名	性別	生年月日	年齢	続柄	同居 別居	職業	収入 (月額)	※資格確認書 発行要否
被保険者 ミズホ タロウ みずほ 太郎	男	昭和 平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇 才	本人	/	/	/	発行が 必要 <input type="checkbox"/>
被扶養者 ミズホ ハナコ みずほ 花子	男 女	昭和 平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇 才	妻	同 別	パート	80 千円	発行が 必要 B
取得申請者 給付金 振込先	次のC~Gに該当する方は、資格確認書を職権で交付しますので、チェックは不要です。 C. マイナンバーカードを取得していない者 D. マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者 E. マイナ保険証の利用登録解除を申請した者(登録解除者) F. マイナバーカードの電子証明書の有効期限切れの者 G. マイナンバーカードの返納者							発行が 必要 <input type="checkbox"/>
みずほ 銀行	支店							〇 〇 〇

老齢年金受給権取得年月

平成 〇〇年 〇〇月 (老齢年金証書の『受給権を取得した年月』を記入してください。)

みずほ健康組合(注1)の被保険者期間の累計

〇〇年 〇〇ヶ月 20年以上、40歳以降で10年以上あることを確認します。(注2)

みずほ健康組合(注1)で最初に加入した事業所(会社)名

〇〇〇〇 銀行 入社年月 昭和
平成 〇〇年 〇〇月

みずほ健康組合(注1)資格喪失時の記号・番号

記号 〇 〇 〇 〇 番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

資格喪失年月日

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

※在職者は退職日の翌日を記入
※任意継続者は資格喪失日を記入

備考

(注1) 旧第一勧業銀行健保・旧富士銀行健保・旧日本興業銀行健保・旧みずほアセット信託銀行健保・旧新光証券健保・旧みずほインベスターズ証券健保を含む

(注2) 旧新光証券健保被保険者であった方は平成21年10月1日、旧みずほインベスターズ証券健保被保険者であった方は平成25年4月1日にみずほ健康保険組合の被保険者であったことも加入条件となります。

●【特例退職被保険者制度のご案内】を必ずお読み下さい。●

みずほ健康保険組合が毎年実施する検認【みずほ健康保険組合に加入するご家族(被扶養者)の資格(収入)確認】書類の提出について承諾したうえで、上記申請者氏名に自署ご捺印ください。 尚、検認書類の提出については健康保険法施行規則第50条4項で定められています。 詳細は別紙「特例退職被保険者制度のご案内」の10をご参照下さい。	受付印
--	-----

みずほ健康保険組合 事務処理欄				常務理事	事務長	次長	担当	再鑑
記号	番号			資格取得日				
8 0 0 0				令和	年	月	日	
支払方法		納付書		口振開始月		高齢受給者証(70歳以上)		
1	6	12	毎月	前	単月	被保険者分		2・3割
			月分	納	割引	被扶養者分		2・3割