

健康保険
被保険者証

〇〇年〇〇月〇〇日交付

記号

番号

氏名 〇〇 〇〇

生年月日 〇〇〇〇〇〇〇〇

資格取得年月日 〇〇〇〇〇〇〇〇

保険者所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

保険者番号・名称

みずほ健康保険組合