

健康保険被保険者証

本人（被保険者） □□〇〇年〇〇月〇〇日

記号 ■■■■ 番号 ■■■■ (枝番) ■■■■

氏名
生年月日
性別
資格取得年月日

□□ □□
〇〇年〇〇月〇〇日
△
〇〇年〇〇月〇〇日

事業所名表

□□株式会社

保険者番号
保険者名表
保険者所在地

■■■■
全国健康保険協会 □□支部
□□市□□町〇丁目〇〇番地



「記号・番号・枝番・
保険者番号」をマスキング
してください。

「二次元コード (QRコード)」
がある場合はそちらも
マスキングしてください。

印