

健康保険証のマスクング例

健康保険	本人（被保険者）	〇〇〇〇
被保険者証		〇〇年〇〇月〇〇日交付
	記号	番号
氏名	□□ □□	
生年月日	□□〇〇年〇〇月〇〇日	
性別	△	
資格取得年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	
事業所名称	□□会社	
保険者番号		
保険者名称	□□□□協会 □□支部	
保険者所在地	□□市□□区□□町〇丁目〇番地	印

※下記の方は情報連携での確認ができないため、マスクングをした保険証の写しが必要です。

日本郵政共済組合/〇〇省共済/公立学校共済/新潟県市町村職員共済/地方職員共済

などの共済組合員証（私立学校教職員共済は除く）