

◎医療保険の被保険者証の写しを提出する場合の留意事項

個人情報保護の観点から医療保険の被保険者証の写しについては、下記を参考に保険者番号及び被保険者等記号・番号等にマスキングを施した上で提出願います。

1 健康保険被保険者証の写しを提出する場合

健康保険被保険者証	本人（被保険者）	00111
		平成26年 6月25日交付
	記号 21700023	番号 21
氏名	キョウカイ 知ウ 協会 太郎	
生年月日	平成 元年 5月 10日	
性別	男	
資格取得年月日	平成 26年 6月 1日	
事業所名称	〇〇 株式会社	
保険者番号	010100116	
保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部	
保険者所在地	〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇	

印

枠の箇所にマスキング
(黒く塗りつぶす等) を施す

2 後期高齢者医療被保険者証の写しを提出する場合

後期高齢者医療被保険者証		
有効期限	令和2年 7月31日	
交付年月日	令和元年 8月 1日	
被保険者番号	00000001	
被保険者		
氏名	後期 太郎	性別 男
生年月日	昭和 5年 5月 5日	
資格取得年月日	平成20年 4月 1日	
資格停止年月日	平成20年 4月 1日	
保険料の割合	1割	
保険者番号	39082011	
保険者名称	茨城県後期高齢者医療広域連合	
印		

後期高齢者医療被保険者証	有効期限 平成21年 7月31日	
被保険者番号	12345678	
住所		
氏名	広城 太郎	性別 男
生年	昭和 8年 1日	資格取得 平成20年 8月 1日
資格停止	平成20年 8月 1日	資格停止 平成20年 8月 1日
保険者番号	392900000	
保険者名称	後期高齢者医療広域連合	
印		

枠の箇所にマスキング
(黒く塗りつぶす等) を施す