

◎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 株式会社
保険者番号 **01010016**
保険者名称 全国健康保険協会 文部
保険者所在地 市 区 町 - -

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**

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
交付年月日 平成20年 4月 1日
一部負担金の割合 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

枠の箇所にマスキング
(黒く塗りつぶす等) を施す

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 市

氏名 **広城 太郎** 性別 男
生 日 昭和 8年 見 1日 本 平成20年 8月 1日
前 日 平成20年 8月 1日 本 平成20年 8月 1日

保険者番号 **39290000** 見本
保険者名称 後期高齢者医療広域連合