

健康保険  
被保険者証

本人（被保険者）

〇〇〇〇

〇〇年〇〇月〇〇日交付

記号 [黒塗り] 番号 [黒塗り]

■■■■ ■■■■

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 [黒塗り]

保険者名称 全国健康保険協会 □□支部

保険者所在地 □□市□□町〇丁目〇〇番地

印

健康保険  
被保険者証

本人（被保険者）

〇〇〇〇

〇〇年〇〇月〇〇日交付

記号 [黒塗り] 番号 [黒塗り]

■■■■ ■■■■

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 [黒塗り]

保険者名称 全国健康保険協会 □□支部

保険者所在地 □□市□□町〇丁目〇〇番地

印

2次元バーコードが記載されている場合は2次元バーコード部分も黒塗り

