

**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**

■■■■

**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

マスキング

(黒塗り)箇所