

◎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 太郎 協会		
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	01010016		
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		

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
姓 名	後期 太郎
性 別	男
生年月日	昭和 5年 5月 5日
受給開始年月日	平成23年 4月 1日
受給終了日	平成24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

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	
姓 名		氏 名 広城 太郎	
性 別		男	
生 年 月 日		昭和 8年 1月 1日	
受給開始年月日		平成20年 8月 1日	
受給終了日		平成20年 8月 1日	
保険料の割合		1割	
保険者番号		39290000	
保険者名称		後期高齢者医療広域連合	