

マスクング例

健康保険被保険者証 本人（被保険者） ○○○○
○○年○○月○○日交付

記号 ○○○○○○○○○○ 番号 ○○

■■■■ ■■■■

氏名 □□ □□

生年月日 □□ ○○年 ○○月 ○○日

性別 △

資格取得年月日 ○○年 ○○月 ○○日



事業所名称 会社

保険者番号 0 0 0 0 0 0 0 0

保険者名称 全国健康保険協会 支部

保険者所在地 □□市□□町○丁目○○番地

印



健康保険被保険者証 本人（被保険者） ○○○○
○○年○○月○○日交付

記号 ██████████ 番号 ██████████

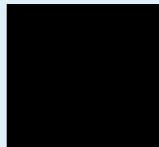
■■■■ ■■■■

氏名 □□ □□

生年月日 □□ ○○年 ○○月 ○○日

性別 △

資格取得年月日 ○○年 ○○月 ○○日



事業所名称 会社

保険者番号 ██████████

保険者名称 全国健康保険協会 支部

保険者所在地 □□市□□町○丁目○○番地

印

マスクングテープ等で保険証番号・記号・番号、QRコードを隠してください。

※必要情報が隠れないようご注意ください