

月が変わりましたら

保険証をお出しください



健康保険 被保険者証	被保険者(本人) 平成〇〇年〇〇月〇〇日 交付 記号 〇〇〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇〇〇
氏名	〇〇 〇〇
性別	〇
生年月日	〇〇 〇〇年 〇〇月 〇〇日
資格取得年月日	〇〇 〇〇年 〇〇月 〇〇日
保険者番号	□□□□□□□□ □
保険者名称	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 □

健康保険被保険者証	
有効期限	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
記号・番号	〇〇 〇〇〇
世帯主	住所 〇〇△ 〇〇□ ×××-×
	氏名 〇〇 〇〇〇
保険者の名称及び印 番号並びに	一部負担金の割合 〇〇
	〇〇△ □ TEL 〇〇〇-〇〇〇
交付年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

