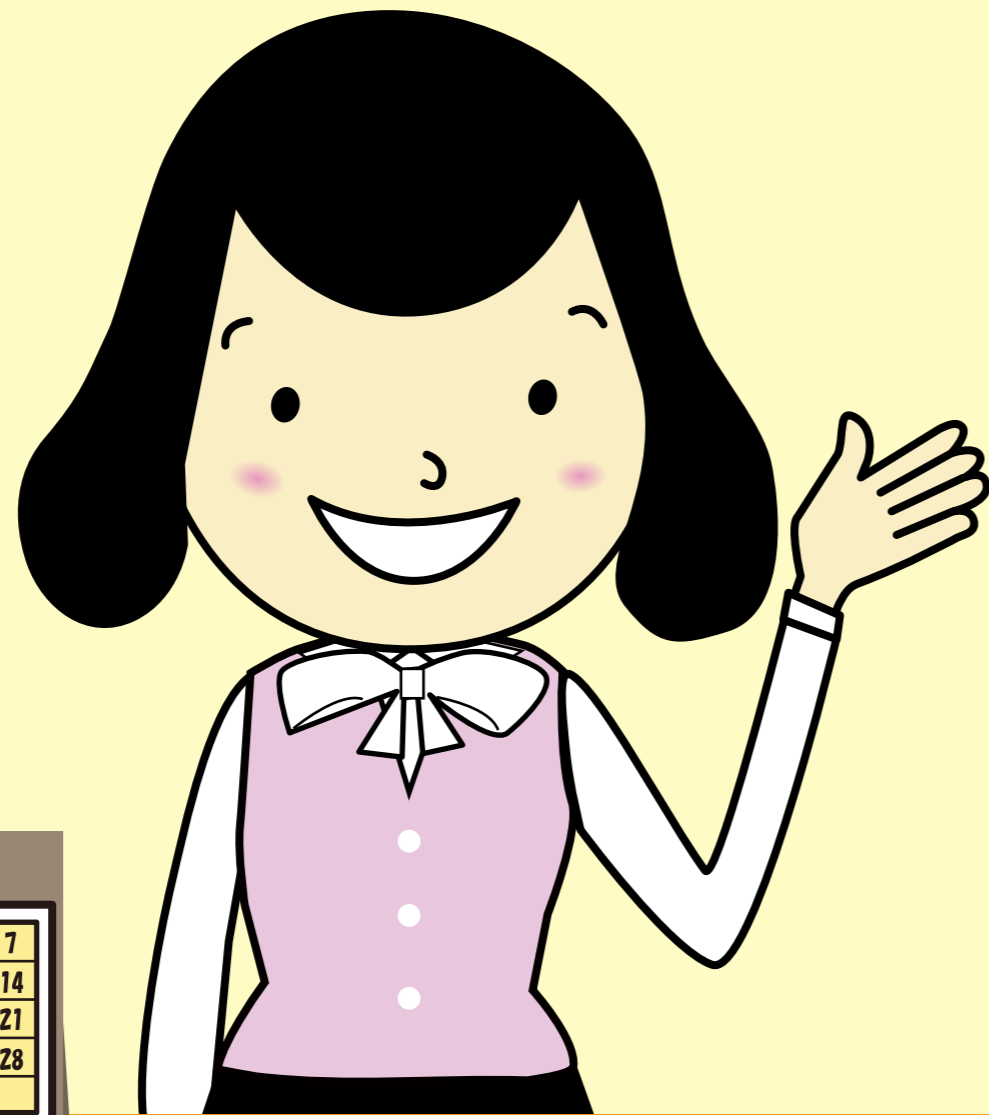


月に一度

保険証を提出ください



受付

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

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

住所 〇〇△ 〇〇□ ×××-×

世帯主氏

健康保険 被保険者(本人)
被保険者証 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 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

一部負担金の割合 〇〇