

保険証等マスクング例

健康保険 被保険者証	本人（被保険者）	〇〇〇〇		
		年 月 日交付		
	記号	マスクング	番号	マスクング
氏名				
生年月日				
性別				
資格取得年月日				
事業所名称				
保険者番号		マスクング		
保険者名称		全国健康保険協会		群馬支部
保険者所在地				

群馬県 国民健康保険 被保険者証	有効期限	年 月 日
	記号番号	マスクング
氏名		
生年月日		性別
適用開始年月日		
世帯主氏名		
住所		
交付年月日		
保険者番号	交付者名	〇〇市
	マスクング	

保険証等マスクング例

国民健康保険 被保険者証	有効期限	年	月	日
記号	マスクング	番号	マスクング	
氏名		性別		
生年月日		資格取得日		交付日
組合員氏名				
住所				
保険者番号	マスクング			
保険者名	〇〇〇〇健康保険組合			

※保険組合によりレイアウトは異なります。（マスクング項目は同一）

後期高齢者医療被保険者証	
有効期限	年 月 日
交付年月日	年 月 日
被保険者番号	マスクング
保 険 者 番 号	住所
	氏名
	生年月日
資格取得年月日	
発行期日	
一部負担金の割合	
保険者番号 並びに保険 者の名称及び印	マスクング 群馬県後期高齢者医療広域連合

