

健康保険 被保険者証	本人（被保険者）	令和〇年〇月〇日交付
	記号	番号
氏名	〇〇 〇〇	
生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	
性別	〇	
資格取得年月	平成〇〇年〇〇月〇〇日	
事業者名称	〇〇株式会社	
保険者番号		
保険者名称	〇〇〇〇	
保険者所在地	〇〇県〇〇市〇〇	



二次元コード
がある場合は、
塗りつぶして
ください。

ここを塗りつぶしてください。

岡山県
国民健康保険
被保険者証

有効期限 令和〇年〇月〇日

記号	■■■■	番号	■■■■	(枝番)	■■
氏名	〇〇	〇〇			
生年月日	平成〇〇年	〇〇月	〇〇日	性別	○
適用開始年月日	平成〇〇年	〇〇月	〇〇日		
世帯主氏名	〇〇	〇〇			
住所	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地				
交付年月	〇〇年〇〇月〇〇日				
保険者番号	■■■■■■■■■■			交付者名	〇〇市

ここを塗りつぶしてください。