

健康保険証についての注意点

カード型健康保険証の場合

健康保険 本人 (被保険者) 00000000
被保険者証 平成〇〇年〇月〇日交付
記号 000 番号 0000

①

氏名 豊太郎
生年月日 昭和〇〇年〇月〇日 性別 男
資格取得年月日 平成〇〇年〇月〇日

事業所所在地 〇〇区〇〇町〇-〇-〇

事業所名称 株式会社〇〇〇〇

保険者番号 00000000
保険者名称 〇〇〇〇健康保険組合
保険者所在地 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇
電話番号 03(0000)0000

- ① 記載内容に間違いがないかご確認ください。また、有効期限の記載がある場合は、書類提出日(弊社到着日)が有効期限内であることをご確認ください。

注意事項

1. 診療を受けようとするときには、この証をその都度保険医療機関の窓口で渡してください。
2. 被保険者の資格が無くなったとき、その被扶養者で無くなったとき、又は氏名が変更になったときは、この証をすみやかに事業主に返してください。
3. 不正にこの証を使用したものは、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

②

住所 東京都中央区日本橋蛸殻町1-16-12

備考

- ② カード型保険証は、住所欄が裏面にある場合があります(表・裏両面のコピーが必要です)。現在お住まいのご住所であることをご確認ください。お取引用ID・パスワードは、本人確認書類に記載されたご住所に簡易書留(転送不要)にて郵送いたします。

