

# 1. 医療保険証

健康保険被保険者証			
平成 年 月 日 交付			
記号		番号	
被 保 険 者	氏名		男 女
	生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日	
	住所		
	資格取得年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
事 業 所	所在地		
	名称		
都 道 府 県	所在地		
	保険者番号		
	名称及び印		(社会保険事務所)