

# 各種保険証とマスクングが必要な項目

保険証の種類	マスクングが必要な項目	
健康保険被保険者証	保険者番号	被保険者等記号・番号
船員保険被保険者	保険者番号	被保険者等記号・番号
私立学校教職員共済加入者証	保険者番号	加入者等記号・番号
●●共済組合組合員証	保険者番号	組合員等記号・番号
国民健康保険被保険者証	保険者番号	被保険者記号・番号
●●共済組合組合員証	保険者番号	組合員等記号・番号
後期高齢者医療被保険者証	保険者番号	被保険者番号

## マスクングの方法

- ・付箋、マスクングテープ、紙のいずれかを用意してください。
- ・ハサミ等を使ってマスクングが必要な項目を隠してください。

## 注意事項

氏名・生年月日・住所など本人確認にあたって必要な情報が隠れないようにしてください。  
 画像編集アプリやソフト（ペイント等）で加工したものは無効となります。

## マスクングのイメージ

健康保険被保険者証の場合

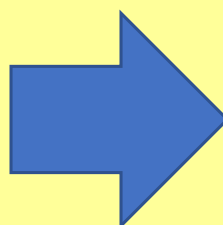
マスクング前

健康保険 本人（被保険者） ○○○○  
 被保険者証 ○○○年○○月○○日交付  
 記号 ○○○○○○○○ 番号 ○○  
 氏名 ■■■■ ■■■■  
 生年月日 □□ □□  
 性別 □□ ○○○年 ○○○月 ○○○日  
 性別 △  
 資格取得年月日 ○○○年 ○○○月 ○○○日

事業所名称 □□ 会社

保険者番号 0:0:0:0:0:0:0:0  
 保険者名称 全国健康保険協会 □□支部  
 保険者所在地 □□市□□町○丁目○○番地

印



マスクング後

健康保険 本人（被保険者） ○○○○  
 被保険者証 ○○○年○○月○○日交付

■■■■ ■■■■  
 氏名 □□ □□  
 生年月日 □□ □□  
 性別 □□ ○○○年 ○○○月 ○○○日  
 性別 △  
 資格取得年月日 ○○○年 ○○○月 ○○○日

事業所名称 □□ 会社

保険者番号 ■■■■■■■■  
 保険者名称 全国健康保険協会 □□支部  
 保険者所在地 □□市□□町○丁目○○番地

印