

医療保険の資格情報

この画面のみでは受診できません。マイナ保険証とあわせて医療機関等の受付に提示してください。

保存日時：2024 年〇月〇〇日 時点

保 険 者 名	全国健康保険協会 〇〇支部	①
保 険 者 番 号	マスキング箇所	
記 号	マスキング箇所	
番 号	マスキング箇所	
枝 番	マスキング箇所	
氏 名	基金 太郎	②

70 歳以上の方又は後期高齢者医療の加入者

(注) マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合には、保存したPDFファイルをマイナ保険証とともに医療機関等の受付に提示することで受診いただけます。なお、70 歳以上の方や後期高齢者医療の加入者の方は、表示されている有効期限の到来に伴い、一部負担金割合が変更になる場合がありますので、ご注意ください。

① 保険者名

② 氏名

発行元(入手先):保険者

健康保険
資格確認書

本人(被保険者)

令和6年12月2日交付

記号

マスキング箇所

番号

マスキング箇所

(枝番)

マスキング箇所

①

氏名

キョウカイ タロウ
協会 太郎

②

生年月日

平成元年 5月10日

性別

男

資格取得年月日

令和6年12月2日

有効期限

令和11年11月30日

保険者番号

マスキング箇所

保険者名称

全国健康保険協会 ○○支部

保険者所在地

○○市○○町9-9-99

マスキング
箇所

③

公印

- ① 氏名
 - ② 生年月日
 - ③ 証明印等(公印・受領印・発行者印等…)
- ※ 健康保険記号・番号、QRコード、保険者番号は、マスキングしてください。
- ※ 有効期限の記載のあるものは、有効期限内の書類を提出してください。

資格情報のお知らせ

①

(交付者名)

マスキング箇所

あなたの加入する健康保険の資格情報を下記のとおりお知らせします。
なお、このお知らせのみでは受診できません。

記号	マスキング箇所	番号	マスキング箇所
②	氏名	佐藤 太郎	
	フリガナ	サトウ タロウ	
	負担割合 (70 歳以上のみ記載)	〇割	
	適用開始年月日	平成〇年〇月〇日	
	交付年月日	令和〇年〇月〇日	

※ 70 歳以上の場合、負担割合のほか、有効期限、発効期日を記載。(下部の切り取り箇所も同様)

スマートフォンをお持ちの方は、以下の QR コードからマイナポータルにログインすることで、
ご自身の健康保険の資格情報を確認することができます。ぜひご活用ください。

— マイナポータルへのアクセス・ダウンロードはこちら —

マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合については、スマートフォンの資格情報画面
をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます (スマートフォンを
お持ちでない方は、この文書をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診い
ただけます)。

下部を切り取ってご利用いただくこともできます
(このお知らせのみでは受診できません)

資格情報のお知らせ

令和〇年〇月〇日発行
(交付者名)
マスキング箇所

記号マスキング箇所番号マスキング箇所(枝番)マスキング箇所

氏名佐藤 太郎

負担割合〇割 (70 歳以上のみ記載)

受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です

① 保険者名

② 氏名

健康保險・厚生年金保險被保險者標準報酬月額決定通知書

発行元(入手先): 日本年金機構(年金事務所)

QR
コード

000-0000
 ○○県○○市○○町○○丁目○番地

 ○○○○○○○○○○○○○○ 合同会社

 ○○ ○○ 様 0000000000000000-000000

バーコード

 0000000000000000
 00000000 000/000 0000

QR
コード

1/1

0000000000000000
 00000000 000/000 0000

QR
コード

健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書

① 事業所整理記号 ○○○○

② 事業所番号 ○○○○

被保険者 整理番号	被保険者氏名				※1 資格取得年月日	標準報酬月額	
	※1 生年月日	※2 種類(性別)	※3 取得区分	被保険者 区分	基礎年金番号	郵便番号	被保険者住所
1	○○○○○	③	マスキング 箇所			健保: 00千円	厚年: 00千円
2	○○○	1 (男)	1 (再)				
3	必ずマスキングして(消して)ください。						

○○○○○○○○○○○○
 ○○○○○○○○○○○○
 ○○○○○○○○○○○○
 ○○○○○○○○○○○○
 ○○○○○○○○○○○○
 ○○○○○○○○○○○○

④
公印


○○○○○○○

- ① 事業所整理番号
② 事業所番号
③ 氏名
④ 証明印等(公印・受領印・発行者印等…)
※ 他者の個人情報、は、マスキングしてください。
※ 基礎年金番号は、マスキングしてください。

発行元(入手先):日本年金機構(年金事務所)

様式コード
2265

健康保険
厚生年金保険
厚生年金保険
70歳以上被用者賞与支払届



令和 年 月 日提出

事業所
整理番号

①

事業所
所在地

〒

事業所
名称

②

事業主
氏名

③

電話番号

{ }

受付印

③
印

社会保険労務士記帳欄

氏名等

④

項目名

① 被保険者整理番号

② 被保険者氏名

③ 生年月日

⑦ 個人番号(保険年金番号
及び厚生年金番号の組合せ)

④ 賞与支払年月日

⑤ 賞与支払額

⑥ 賞与額(千円未満は切捨て)

⑧ 備考

共通

④ 賞与支払年月日(共通)

9 令和 年 月 日

←1枚ずつ必ず記入してください。

1

④ ⑤

マスキング箇所

2

3

4

5

6

7

8

9

10

必ずマスキングして(消して)ください。

- ① 事業所整理番号
- ② 事業所番号
- ③ 証明印等(公印・受領印・発行者印等…)
- ④ 被保険者氏名
- ⑤ 生年月日
- ※ 対象者については、④⑤以外の項目は、マスキングしてください。
- ※ 対象者以外の被保険者情報は、全てマスキングしてください。

健康保険被保険者資格証明書

発行元(入手先):保険者

申請年月日 令和 年 月 日

健康保険被保険者資格証明書交付申請書

事業主又は被保険者に記入していただくところ	事業所	事業所整理記号	事業所番号			
	被保険者	フリガナ	①	生年月日	② 大・昭・平・令	男・女
		氏名		年 月 日生		
		資格取得年月日	令和 年 月 日			
	被扶養者	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令	男・女
		氏名		年 月 日生		
		被扶養者となった日	上記資格取得年月日と同じ・令和 年 月 日			
		フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令	男・女
		氏名		年 月 日生		
		被扶養者となった日	上記資格取得年月日と同じ・令和 年 月 日			
		フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令	男・女
		氏名		年 月 日生		
		被扶養者となった日	上記資格取得年月日と同じ・令和 年 月 日			
		フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令	男・女
		氏名		年 月 日生		
被扶養者となった日		上記資格取得年月日と同じ・令和 年 月 日				
証明書発行理由		健康保険被保険者証発行手続き中のため				
上記被保険者(被扶養者)にかかる被保険者資格を証明願います。						
事業所所在地						
事業所名称						
事業主(被保険者)氏名						
日本年金機構理事長 殿						

社会保険労務士記載欄

注)事業主(被保険者)の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。

証明年月日 令和 年 月 日

健康保険被保険者資格証明書

上記の被保険者(被扶養者)は、現に全国健康保険協会が管掌する健康保険の被保険者(被扶養者)の資格を有することを証明します。

日本年金機構理事長 印 ③

年金事務所が記入するところ	保 険 者	番 号	マスキング箇所
		名 称	
		所 在 地	
	被保険者証記号番号	記号: マスキング箇所	番号: マスキング箇所
	証明書有効期間	上記証明年月日から	令和 年 月 日まで

注1) 被保険者は有効期間が経過したとき、又は有効期間内であっても被保険者証が交付された場合は、事業主に返付してください。事業主は、これを年金事務所に提出してください。

注2) 有効期間は証明年月日から20日以内となります。

- ① 氏名
② 生年月日
③ 証明印等(公印・受領印・発行者印等…)
※ 保険者番号、健康保険記号番号は、マスキングしてください。
※ 有効期限の記載のあるものは、有効期限内の書類を提出してください。