

窓空宛名

年 月 日

(お問い合わせ先)
〒000-0000
〇〇市〇〇町 1 丁目 2 番 3 号
国保課
電話番号 000-000-0000

資 格 情 報 の お 知 ら せ

交付者名 : 〇〇市
保険者番号 : 000000
有効期限 年 月 日

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		番 号	(枝 番)
氏 名			
フリガナ			
負担割合			
発効期日			
適用開始年月日			
交付年月日			

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、以下の二次元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。ぜひご利用ください。

- 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

年 月 日 発行

交付者 : 〇〇市

保険者番号 : 000000

有効期限 年 月 日

記号 番号 (枝 番)

氏名

負担割合 発効期日 年 月 日

受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です

窓空宛名

年 月 日

(お問い合わせ先)
〒000-0000
〇〇市〇〇町 1 丁目 2 番 3 号
国保課
電話番号 000-000-0000

資格情報のお知らせ

交付者名 : 〇〇市
保険者番号 : 000000
有効期限 年 月 日

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		番号	(枝番)
氏名			
フリガナ			
負担割合			
発効期日			
適用開始年月日			
交付年月日			

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、以下の二次元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。ぜひご利用ください。

- 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
年 月 日 発行
交付者 : 〇〇市
保険者番号 : 000000
有効期限 年 月 日
記号 番号 (枝番)
氏名
負担割合 発効期日 年 月 日
適用開始年月日 年 月 日
受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です