

# 【 誤 】

〒 000-0000
茨城県
***医院
*** **

お問い合わせ先  
茨城県医師国民健康保険組合  
電話 029-241-6645

## 国民健康保険被保険者証送付のご案内

扶養者(ご家族)全員に個人名で発行しておりますので、ご確認ください。

国民健康保険 被保険者証	有効期限 令和 5 年 7 月 31 日
記号 医 番号 00000000	枝番 00
資格取得日 平成** 年 ** 月 ** 日	
氏 名 *** **	性別 **
生年月日 昭和** 年 ** 月 ** 日	
世帯主氏名 *** **	
被保険者住所 茨城県***	
医療機関名 ***医院	
交付年月日 令和 3 年 8 月 1 日	
保険者番号 083014	一部負担金割合
所在地・名称 茨城県水戸市笠原町489番地 茨城県医師国民健康保険組合 TEL. 029-241-6645	裏面参照

↑ ここを折って証をはがしてください。

必ず裏面をご参照ください。  
折ったり、丸めたりしないで大切に扱ってください。  
家族で届かない方がいた場合や、ご不明な点は、左記へお問い合わせください。

# 【 正 】

〒 000-0000
茨城県
***医院
*** **

お問い合わせ先  
茨城県医師国民健康保険組合  
電話 029-241-6645

## 国民健康保険被保険者証送付のご案内

扶養者(ご家族)全員に個人名で発行しておりますので、ご確認ください。

国民健康保険 被保険者証	有効期限 令和 5 年 7 月 31 日
記号 医 番号 00000000	枝番 00
資格取得日 平成** 年 ** 月 ** 日	
氏 名 *** **	性別 **
生年月日 昭和** 年 ** 月 ** 日	
世帯主氏名 *** **	
被保険者住所 茨城県***	
医療機関名 ***医院	
交付年月日 令和 3 年 8 月 1 日	
保険者番号 083014	一部負担金割合
所在地・名称 茨城県水戸市笠原町489番地 茨城県医師国民健康保険組合 TEL. 029-241-6645	裏面参照

↑ ここを折って証をはがしてください。

必ず裏面をご参照ください。  
折ったり、丸めたりしないで大切に扱ってください。  
家族で届かない方がいた場合や、ご不明な点は、左記へお問い合わせください。