

仕様書

1 後期高齢者医療被保険者証について

●作成する帳票及び枚数

- (1) 後期高齢者医療被保険者証（一斉更新用・連続帳票） …… 227,000 枚
- (2) 後期高齢者医療被保険者証（随時交付用・単票） …… 33,000 枚

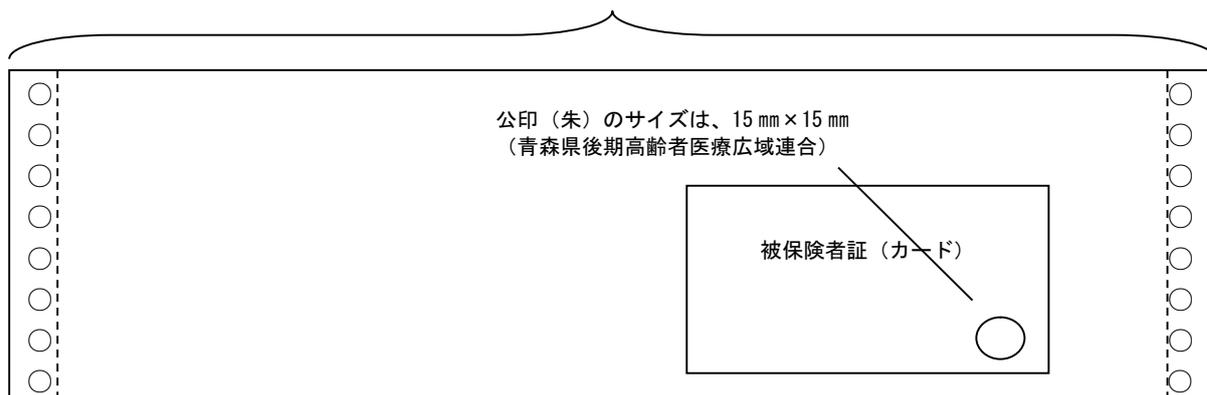
●カードの仕様（一斉更新用・随時交付用共通）

- ① 大きさは、縦 54 mm、横 86 mmとする。
- ② カードの紙質は、上質紙 135 kg（裏面フィルム貼）とする。
- ③ 表面は3色刷（黒、朱、カードの色）とし、裏面は1色刷（黒）とする。（カードの色については、「薄緑系」とする。）
- ④ 表面に印刷する公印については朱色（縦 15 mm、横 15 mm）とする。（印影については、作成時に提供する。）
- ⑤ 表面は、偽造防止のためカード複写時に「複写」の文字が現れる仕様とする。
（被保険者証は、ラミネート加工して使用するため、ラミネート加工後においても「複写」の文字は現れず、ラミネート加工後の複写時にのみ「複写」の文字が現れること）
- ⑥ 記載内容については、次の法令に準じるものとする。
（ 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 17 条 様式第 1 号 ）
- ⑦ その他
 - ア 台紙と被保険者証は一体であり、表面は台紙とカード部に段差がなくフラットであること。
 - イ 台紙裏面にカード裏面を補強するためのフィルム等とカード用離型紙を貼り、台紙のカード部にカードサイズのハーフカットを入れる。
 - ウ カード部は印刷、カッティング等の処理時剥がれず、容易に剥がすことができること。
 - エ 文字のサイズ、字体等は、広域連合が現在使用しているものと相違ないものとする。（別添 1 参照。なお、実物は契約時に提供する。）
 - オ 2年間の使用に耐え得るものであること。

●台紙の仕様（一斉更新用・連続帳票）

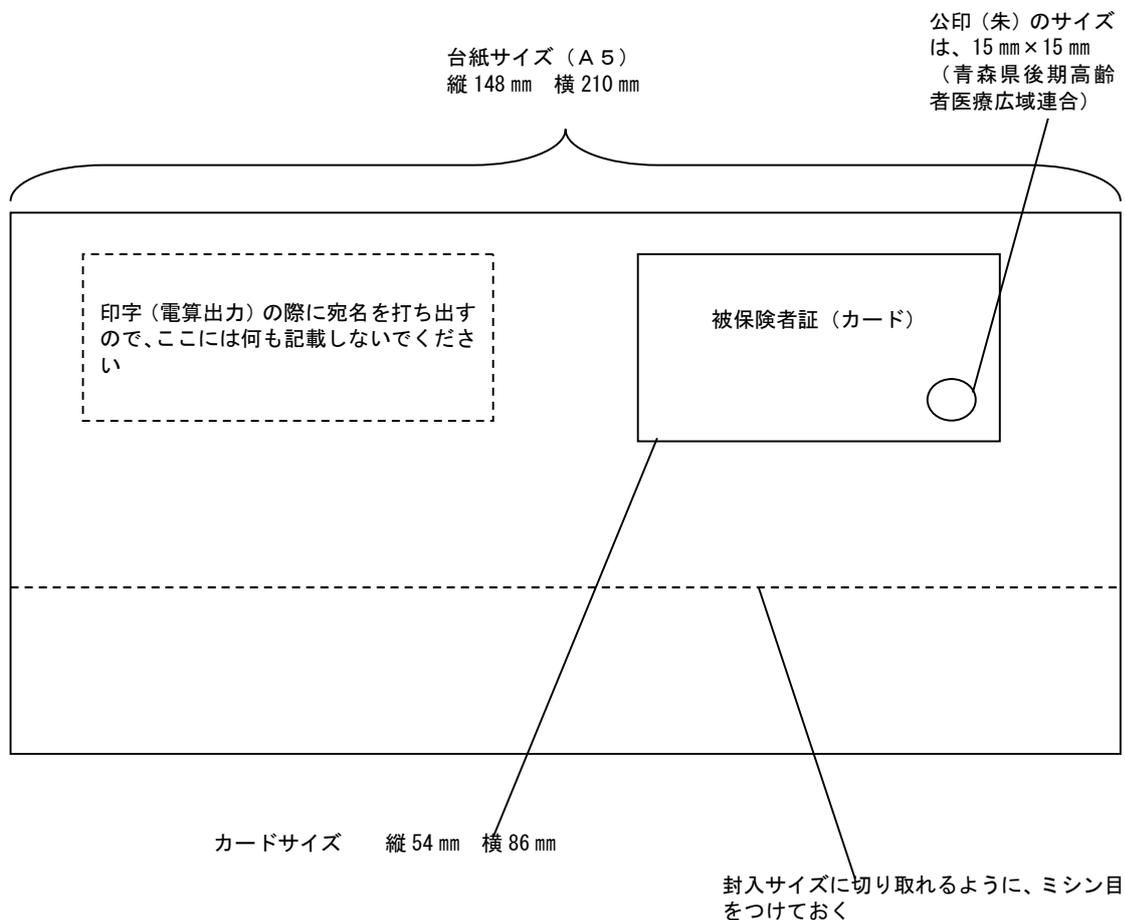
- ① 台紙の紙質は、上質紙 135 kgとする。
- ② 台紙サイズは縦 4.5 インチ×横 9.5 インチ（スプロケットを含む）とする。
- ③ 台紙のレイアウトは下図のとおり。

台紙サイズ
縦 4.5 インチ 横 9.5 インチ



●台紙の仕様（随時交付用・単票）

- ① 台紙の紙質は、上質紙 135 kgとする。
- ② 台紙サイズは縦 148 mm×横 210 mm（A 5）とし、ミシン目により、縦 114.3 mm、横 210 mmの大きさに切り取れるものとする。
- ③ 台紙のレイアウトは下図のとおり。



●納品場所

- （1）後期高齢者医療被保険者証（一斉更新用・連続帳票） …… 広域連合が指定する場所
- （2）後期高齢者医療被保険者証（随時交付用・単票） …… 別紙 1 のとおり

●納品期限

- （1）後期高齢者医療被保険者証（一斉更新用・連続帳票） …… 令和 5 年 5 月 31 日（水）
- （2）後期高齢者医療被保険者証（随時交付用・単票） …… 令和 5 年 5 月 31 日（水）

2 宛名印字用台紙について

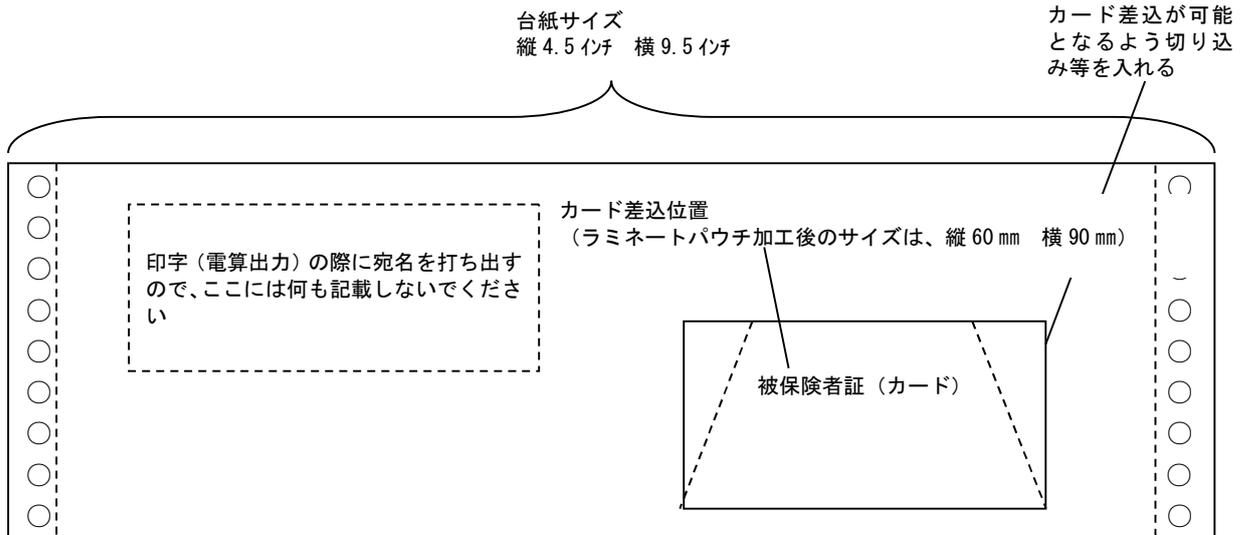
●作成する帳票及び枚数

(1) 宛名印字用台紙（一斉更新用・連続帳票）…… 227,000 枚

●台紙の仕様

- ① 台紙の紙質は、上質紙 135 kgとする。
- ② 台紙サイズは縦 4.5 インチ×横 9.5 インチ（スプロケットを含む）とし、ミシン目により縦 4.5 インチ×横 8.5 インチに切り取れるものとする。
- ③ 表面 1 色刷（黒）とする。
- ④ 被保険者証（カード型）を固定できるよう指定された部分に切り込みを入れることとする。
（カードサイズ 60 mm×90 mm ラミネート加工）なお、切り込みについては、郵送等の作業時において、被保険者証（カード型）が離脱しないよう十分に固定できるものとする。
- ⑤ 印字部分及びカード差込部分を除く空白部分には、広域連合の指定する文面を印刷することとする。（別添 2 参照。なお、詳細については、別途協議する。）

●レイアウト（連続帳票）



●納品場所

(1) 宛名印字用台紙（一斉更新用・連続帳票）…… 広域連合が指定する場所

●納品期限

(1) 宛名印字用台紙（一斉更新用・連続帳票）…… 令和 5 年 5 月 31 日（水）

3 「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」及び「後期高齢者医療限度額適用認定証」について

●作成する帳票及び枚数

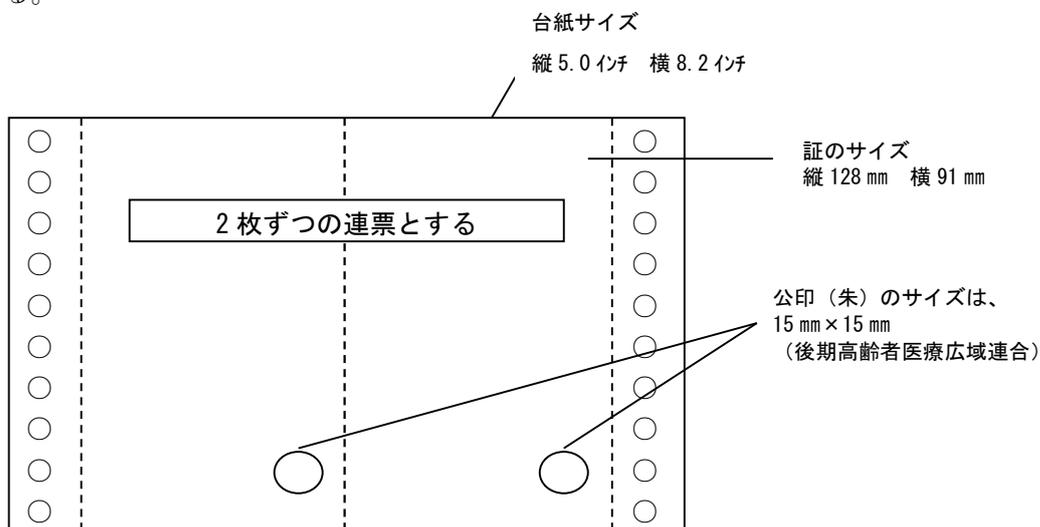
(1) 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（一斉更新用・連続帳票）	……	66,000 枚
(2) 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（随時交付用・単票）	……	14,000 枚
(3) 後期高齢者医療限度額適用認定証（一斉更新用・連続帳票）	……	2,500 枚
(4) 後期高齢者医療限度額適用認定証（随時交付用・単票）	……	1,700 枚

●証の仕様（一斉更新用・随時交付用共通）

- ① 大きさは、縦 128 mm、横 91 mmとする。
- ② 紙質は、上質紙 135 kgとし、限度額適用・標準負担額減額認定証の色は白色、限度額適用認定証の色はうぐいす色とする。
- ③ 表面 2 色刷（黒、朱）、裏面 1 色刷（黒）とする。
- ④ 表面に印刷する公印については朱色（縦 15 mm、横 15 mm）とする。（印影については、作成時に提供する。）
- ⑤ 字体等については、広域連合が現在使用しているものと相違ないものとする。文字のサイズは広域連合と協議するものとする。
- ⑥ (1) (2) の記載内容については、次の法令に準じるものとする。別添 3 を参照。
（ 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 67 条第 2 項 様式第 5 号 ）
- ⑦ (3) (4) の記載内容については、次の法令に準じるものとする。別添 4 を参照。
（ 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 66 条の 2 第 2 項 様式第 4 号の 2 ）

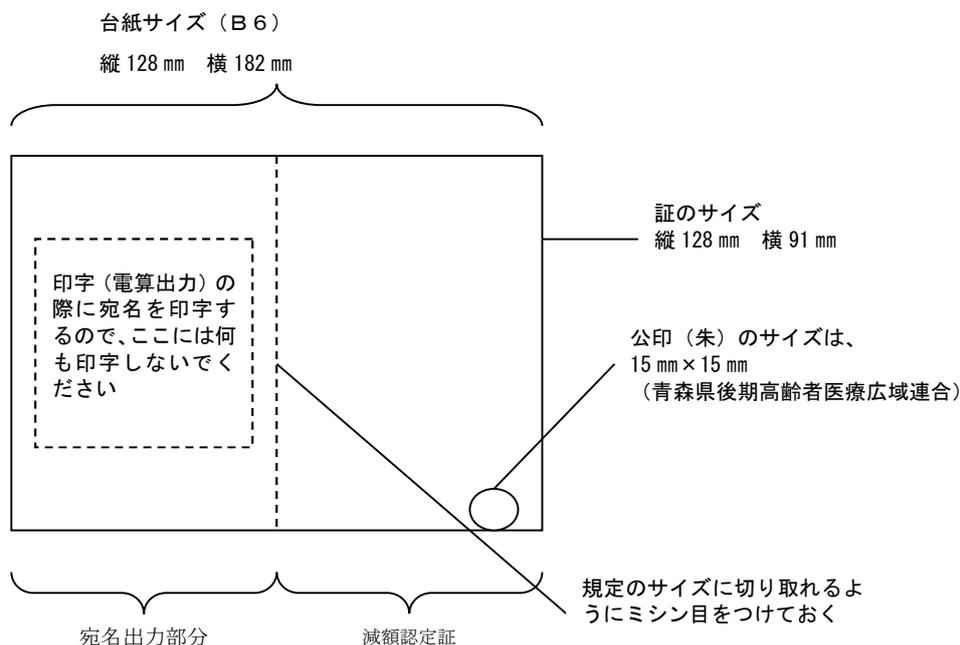
●レイアウト（一斉更新用・連続帳票）

台紙サイズは縦 5.0 インチ×横 8.2 インチ（スプロケットを含む）とし、一列につき 2 枚印刷できるものとする。



●レイアウト（随時交付用・単票）

台紙サイズは縦 128 mm×横 182 mm（B 6）とし、台紙の中央にミシン目をつけ、証部分と宛名出力部分が同サイズ（縦 128 mm、横 91 mm）に切り取れるものとする。



●納品場所

- (1) 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（一斉更新用・連続帳票）
…… 広域連合が指定する場所
- (2) 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（随時交付用・単票）
…… 別紙1のとおり
- (3) 後期高齢者医療限度額適用認定証（一斉更新用・連続帳票）
…… 広域連合が指定する場所
- (4) 後期高齢者医療限度額適用認定証（随時交付用・単票）
…… 別紙1のとおり

●納品期限

- (1) 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証 …… 令和5年5月31日（水）
- (2) 後期高齢者医療限度額適用認定証 …… 令和5年5月31日（水）

4 後期高齢者医療特定疾病療養受療証について

●作成する帳票及び枚数

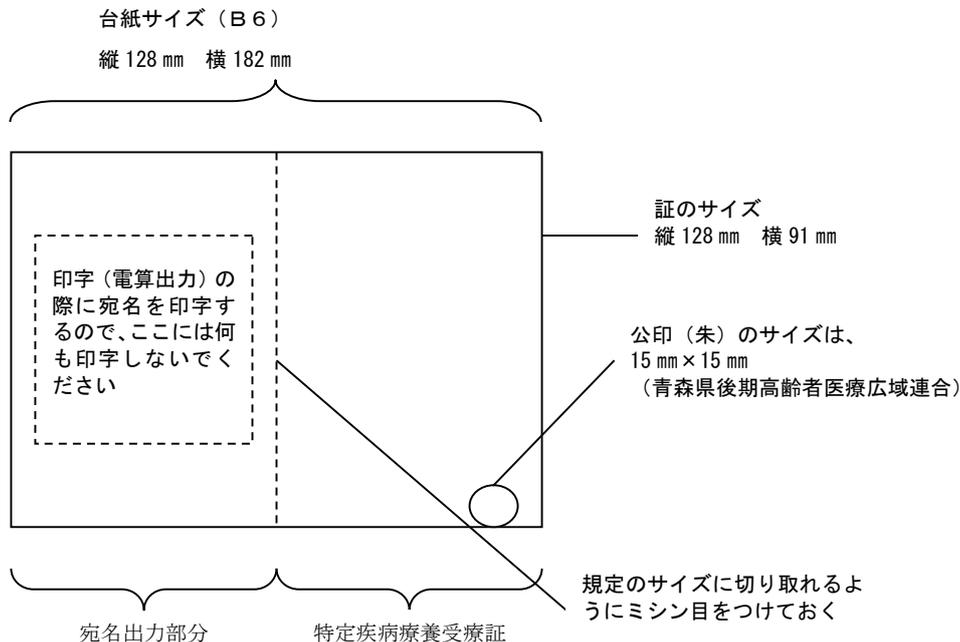
(1) 後期高齢者医療特定疾病受療証 (随時交付用・単票) …… 700 枚

●証の仕様

- ① 大きさは、縦 128 mm、横 91 mmとする。
- ② 紙質は、特厚ロとし、色はクリーム色とする。
- ③ 表面 2 色刷 (黒、朱)、裏面 1 色刷 (黒) とする。
- ④ 表面に印刷する公印については朱色 (縦 15 mm、横 15 mm) とする。(印影については、作成時に提供する。)
- ⑤ 記載内容については、次の法令に準じるものとする。
(高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 62 条第 4 項 様式第 4 号)
- ⑥ 文字のサイズ、字体等については、広域連合が現在使用しているものと相違ないものとする。
(別添 5 参照。実物は契約時に提供する。)

●レイアウト (随時交付用・単票)

台紙サイズは縦 128 mm×横 182 mm、(B 6) とし、台紙の中央にミシン目をつけ、規定帳票と同サイズ (縦 128 mm、横 91 mm) に切り取れるものとする。



●納品場所

(1) 後期高齢者医療特定疾病受療証 …… 別紙 1 のとおり

●納品期限

(1) 後期高齢者医療特定疾病受療証 …… 令和 5 年 5 月 31 日 (水)

5 その他

- ① 本業務は、帳票類印刷から成果品を納品するまでを一括して発注するものとする。
- ② 成果品の納品に伴う費用は、受注者が負担するものとする。
- ③ 受注者は、本仕様書内容及び本仕様書に明示のない項目について疑義があるときは、広域連合と協議の上、業務を遂行するものとする。
- ④ 製品作成について特許等がある場合は、受注者がその責任を負うものとする。
- ⑤ 納入期限より前にテスト品の納品を必要とし、不備があった場合は合格までテストを行うものとする。なお、これに伴う費用は受注者が負担するものとする。
- ⑥ 受注者は、広域連合から提供された公印の印影等については、契約期間終了まで厳重に保管し、業務の履行上不要となった時点で遅滞なく返還すること。

【別紙1】

令和5年度 納品先及び部数一覧

市町村名	郵便番号	住 所	担当課	被保険者証 (随交用) 納品部数	減額証 (随交用) 納品部数	限度額証 (随交用) 納品部数	特定疾病 (随交用) 納品部数
青森市	〒030-0801	青森市新町一丁目3-7 駅前庁舎	国保医療年金課	12,100	100	100	100
弘前市	〒036-8551	弘前市大字上白銀町1-1	国保年金課	3,600	2,400	360	120
八戸市	〒031-8686	八戸市内丸一丁目1-1	国保年金課	6,000	2,000	100	100
黒石市	〒036-0396	黒石市大字市ノ町11-1	国保年金課				
五所川原市	〒037-8686	五所川原市字布屋町41番地1	国保年金課	1,600	1,200		
十和田市	〒034-8615	十和田市西十二番町6番1号	国民健康保険課	1,800	600		
三沢市	〒033-8666	三沢市桜町一丁目1番地38号	国保年金課	1,000	1,500		
むつ市	〒035-8686	むつ市中央一丁目8番1号	国保年金課	500	1,000		100
つがる市	〒038-3192	つがる市木造若緑61-1	国保年金課		500		
平川市	〒036-0104	平川市柏木町藤山25-6	税務課		500	200	100
平内町	〒039-3393	東津軽郡平内町大字小湊字小湊63	健康増進課				
今別町	〒030-1502	東津軽郡今別町大字今別字今別167	町民福祉課				
蓬田村	〒030-1211	東津軽郡蓬田村大字蓬田字汐越1-3	住民課				
外ヶ浜町	〒030-1393	東津軽郡外ヶ浜町字蟹田高銅屋44-2	住民課				
鯨ヶ沢町	〒038-2792	西津軽郡鯨ヶ沢町舞戸町字鳴戸321番地	ほけん福祉課				
深浦町	〒038-2324	西津軽郡深浦町大字深浦字苗代沢84-2	福祉課				
西目屋村	〒036-1492	中津軽郡西目屋村大字田代字神田57番地	住民課				
藤崎町	〒038-3803	南津軽郡藤崎町大字西豊田一丁目1番地	住民課	200	200	200	50
大鰐町	〒038-0292	南津軽郡大鰐町大字大鰐字羽黒館5-3	住民生活課				
田舎館村	〒038-1113	南津軽郡田舎館村大字田舎館字中辻123-1	住民課				
板柳町	〒038-3692	北津軽郡板柳町大字板柳字土井239-3	健康推進課	600	250	50	20
鶴田町	〒038-3595	北津軽郡鶴田町大字鶴田字早瀬200番地1	健康保険課				
中泊町	〒037-0392	北津軽郡中泊町大字中里字紅葉坂209番地	町民課	600	600		
野辺地町	〒039-3131	上北郡野辺地町字野辺地123-1	町民課	500	700	100	
七戸町	〒039-2792	上北郡七戸町字森ノ上131-4	町民課	1,500	1,000	50	
六戸町	〒039-2392	六戸町大字犬落瀬字前谷地60	町民課				
横浜町	〒039-4145	上北郡横浜町字寺下35番地	町民課	100			
東北町	〒039-2696	東北町字搭ノ沢山1-94	町民課				
六ヶ所村	〒039-3212	上北郡六ヶ所村大字尾駸字野附475	健康課				
おいらせ町	〒039-2289	上北郡おいらせ町上明堂60-6	町民課	400	300	100	
大間町	〒039-4601	下北郡大間町大字大間字奥戸下道20番地4	健康づくり推進課	100	50	50	
東通村	〒039-4292	下北郡東通村大字砂子又字沢内5番地34	税務住民課	100	100		
風間浦村	〒039-4502	下北郡風間浦村大字易国間字大川目28-5	税務国保課				
佐井村	〒039-4711	下北郡佐井村大字佐井字糠森20	住民生活課	100	100	10	10
三戸町	〒039-0198	三戸郡三戸町大字在府小路町43	健康推進課	500	150	50	
五戸町	〒039-1513	三戸郡五戸町字古館21番地1	住民課	500	100	50	
田子町	〒039-0292	三戸郡田子町大字田子字天神堂平81	住民課				
南部町	〒039-0595	三戸郡南部町大字下名久井字白山91-1	健康こども課				
階上町	〒039-1201	三戸郡階上町大字道仏字天当平1-87	すこやか健康課				
新郷村	〒039-1801	三戸郡新郷村大字戸来字風呂呂前10	住民課				
広域連合	〒030-0801	青森市新町二丁目4番1号 青森県共同ビル1階	業務課	1,200	650	280	100
計				33,000	14,000	1,700	700

8XXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



後期高齢者医療被保険者証	有効期限	11XXXXXXXXXX
被保険者番号	8XXXXXXXX	3XX
住所	15XXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXX	
氏名	10XXXXXXXXX	性別 4XXXX
生年月日	11XXXXXXXXXX	
資格取得年月日	11XXXXXXXXXX	
発効期日	11XXXXXXXXXX	
交付年月日	11XXXXXXXXXX	
一部負担金の割合	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX 20XXXXXXXXXXXXXXXXXX	
被保険者番号	8 X X X X X X X	
被保険者名	15XXXXXXXXXXXXXXXXXX	

(表)

後期高齢者医療被保険者証 **有効期限** 令和 5年 7月31日

被保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8

住 所 青森市新町2丁目4番1号(青森県共同ビル1階)

氏 名 **広域 太郎** 性別 男

生 年 月 日 昭和22年 1月 1日

資格取得年月日 令和 4年 1月 1日

発 効 期 日 令和 4年 1月 1日

交 付 年 月 日 令和 4年 8月 1日

一部負担金の割合 1割

保険者番号

3	9	0	2	2	0	1	7
---	---	---	---	---	---	---	---

保険者名 青森県後期高齢者医療広域連合

印

(裏)

注意事項 保険医療機関等において診療を受けようとするときは、その窓口で電子資格確認を受けるか、この証を渡してください。

備 考

--

※ 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。
記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。

1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。

2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。

3. 私は、臓器を提供しません。

《1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。》
【心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球】

〔特記欄：
署名年月日： 年 月 日
〕

本人署名(自筆)： _____ 家族署名(自筆)： _____

別添2

(表)

後期高齢者医療被保険者証 **有効期限**

被保険者番号
住所
氏名
性別
生年月日
資格取得年月日
発効期日
交付年月日
一部負担金の割合

保険者番号

保険者名 青森県後期高齢者医療広域連合

印

後期高齢者医療被保険者証を交付します。

ここを折って保険証をはがしてください。

資格取得年月日以後に医療機関等を受診する際に、
使用する被保険者証はこちらです。

注意事項

- ・所得や世帯構成に変更があった場合、一部負担割合が変更となり、被保険者証が変わる場合があります。
- ・住所、氏名の表示に当たって、当広域連合の機械上収録できない一部の漢字につきましては、表示可能な漢字への読替えをしておりますのでご了承願います。

(裏)

注意事項 保険医療機関等において診療を受けようとするときは、その窓口で電子資格確認を受けるか、この証を渡してください。

備考

※ 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。
記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。

1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。

2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。

3. 私は、臓器を提供しません。

〈1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。〉
【心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球】

〔特記欄：〕
署名年月日： 年 月 日

本人署名(自筆)： 家族署名(自筆)：

表面から証をはがしてください。

8XXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



		3XX	
後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証 有効期限 11XXXXXXXXXX 交付年月日 11XXXXXXXXXX			
被保険者番号		8XXXXXXXX	
被 保 險 者	住 所	15XXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXX	
	氏 名	10XXXXXXXXXX	
	生年月日	11XXXXXXXXXX	
発効期日		11XXXXXXXXXX	
適用区分		18XXXXXXXXXXXXXXXXXX 18XXXXXXXXXXXXXXXXXX	
長期入院 該当年月日		11XXXXXXXXXX	保 險 者 印 
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印		8 X X X X X X X 15XXXXXXXXXXXXXXXXXX 	

別添 3-2 減額認定証

(表)

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証												
有効期限 交付年月日 _____												
被保険者番号	_____											
被 保 険 者	住 所	_____										
	氏 名	_____										
	生年月日	_____										
発効期日		_____										
適用区分		_____										
長期入院 該当年月日	_____	保険 者印										
保険者番号 並びに 保険者の 名称及び印	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"> </td> </tr> </table> </div> <div style="margin: 0 10px;"> 青森県後期高齢者 医療広域連合 </div> <div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 5px; color: red; font-weight: bold;"> 印 </div> </div>											

(裏)

注 意 事 項
<p>1. この証によって療養を受ける場合は、次のとおり一部負担金限度額の適用及び食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額の減額が行われます。</p> <p>(1) 療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、医療機関等ごとに1箇月につき、別に定められた額を限度とします。</p> <p>(2) 入院の際に食事療養を受ける場合に支払う食事療養標準負担額又は生活療養を受ける場合に支払う生活療養標準負担額は、別に厚生労働大臣が定める減額された額となります。</p> <p>2. 療養を受けるときは、その窓口で電子的確認を受けるか、被保険者証とともにこの証を渡してください。</p> <p>3. 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき、又はこの証の有効期限に至ったときには、直ちにこの証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。</p> <p>4. この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、保険者（後期高齢者医療広域連合）あての届書を、市町村に提出してください。</p> <p>5. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。</p> <p>備考</p>

8XXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



		3XX
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">後期高齢者医療限度額適用認定証</div> 有効期限11XXXXXXXXXX 交付年月日11XXXXXXXXXX		
被保険者番号		8XXXXXXXX
被 保 険 者	住 所	15XXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXX
	氏 名	10XXXXXXXXXX
	生年月日	11XXXXXXXXXX
発効期日		11XXXXXXXXXX
適用区分		18XXXXXXXXXXXXXXXXXX 18XXXXXXXXXXXXXXXXXX
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">8 X X X X X X X X</div> 15XXXXXXXXXXXXXXXXXX 

別添 4-2 限度額認定証

(表)

後期高齢者医療限度額適用認定証	
有効期限 交付年月日 _____	
被保険者番号	
被 保 険 者	住 所
	氏 名
	生年月日
発 効 期 日	
適 用 区 分	
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> □ </div> <div style="margin: 0 10px;"> □ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> □ </div> <div style="margin: 0 10px;"> □ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> □ </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">青森県後期高齢者 医療広域連合</p> <div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto; color: red; font-weight: bold;">印</div>

(裏)

注 意 事 項
<p>1. この証によって療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、医療機関等ごとに1箇月につき、別に定められた額を限度とします。</p> <p>2. 療養を受けるときは、その窓口で電子的確認を受けるか、被保険者証とともにこの証を渡してください。</p> <p>3. 被保険者の資格がなくなったとき、記載された適用区分に該当しなくなったとき、又はこの証の有効期限に至ったときには、直ちにこの証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。</p> <p>4. この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、保険者（後期高齢者医療広域連合）あての届書を、市町村に提出してください。</p> <p>5. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。</p> <p>備考</p>

8XXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX


3XX	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">後期高齢者医療特定疾病療養受療証</div> 交付年月日 11XXXXXXXXXX	
認定疾病名	14XXXXXXXXXXXXXXXXXX 14XXXXXXXXXXXXXXXXXX
被保険者番号	8XXXXXXXX
被 保 險 者	住所 15XXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXX
	氏名 10XXXXXXXXXX
生年月日	11XXXXXXXXXXXX
発効期日	11XXXXXXXXXXXX
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;">8 X X X X X X X</div> 15XXXXXXXXXXXXXXXXXX 

