

健康保険被保険者証(写)を添付される方へ

保険者番号及び被保険者等記号・番号にマスキング

をお願いいたします。

健康保険法の改正（令和2年10月1日施行）により、本人確認等を目的として保険者番号及び被保険者等記号・番号の告知を求めることが禁止されることとなりました。

建退共の退職金請求手続き及び被共済者氏名等変更手続きの際に、確認書類として健康保険被保険者証（写）を添付される方は、保険者番号及び被保険者等記号・番号をマスキングして提出していただきますようお願い申し上げます。

※コピーの際は、保険者番号及び被保険者等記号・番号が読み取れないようマスキングをしてください。



健康保険 被保険者証	本人（被保険者）	平成○年○月○日交付
	記号 [マスキング]	番号 [マスキング]
氏名	○○ ○○	マスキング
生年月日	昭和○○年○○月○○日	
性別	○	マスキング
資格取得年月日	平成○○年○○月○○日	
事業所名称	株式会社 ○○	印
保険者番号	[マスキング]	
保険者名称	○○○○	
保険者所在地	○○市○-○-○	

*なお、マスキングする際、氏名等の必要な情報が隠れないようご注意ください。