

窓空宛名

(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

キリトリ線

〇〇県国民健康保険資格確認書

有効期限 年 月 日  
交付年月日 年 月 日

|                           |             |       |      |     |
|---------------------------|-------------|-------|------|-----|
| 記 号                       |             | 番 号   | (枝番) |     |
| 氏 名                       |             |       |      | 性 別 |
| 生 年 月 日                   | 年 月 日       |       |      |     |
| 適用開始年月日                   | 年 月 日       |       |      |     |
| 負担割合・発効期日                 | 割 ・         | 年 月 日 |      |     |
| 限度区分・発効期日                 | ・           | 年 月 日 |      |     |
| 長期入院該当日                   | 年 月 日       |       |      | 印   |
| 特定疾病区分・発効期日               | ・           | 年 月 日 |      |     |
| 世 帯 主 氏 名                 |             |       |      |     |
| 住 所                       |             |       |      |     |
| 保険者番号並びに<br>交付者の名称及<br>び印 | <div></div> |       |      |     |
|                           | 〇〇市         |       |      | 印   |