

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

<div>〇〇県国民健康保険資格確認書</div> <div>有効期限 年 月 日 交付年月日 年 月 日</div>			
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 交付者の名称及び印	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>〇〇市</div> <div>印</div>		