

# 国民健康保険被保険者資格状況証明書

記号		番号			
保険者			保険者番号		
世帯主	氏名				
	住所				
被保険者	氏 名	枝番	生年月日	交付年月日	資格適用開始年月日
			一部負担金の割合	有効期限	資格適用終了年月日
世帯主					
世帯員					

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

〇〇市長  
〇〇 〇〇

印

〈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 000-000-0000