

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 一部負担金の割合	交付年月日 有効期限	資格適用開始年月日 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

○○市長
○○ ○○

印

〈お問い合わせ先〉

〒000-0000
○○市○○町1丁目2番3号 国保課
電話 000-000-0000