

窓空宛名

年 月 日

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

短期被保険者証有効期限切れ通知

交付している短期被保険者証は期限が切れますので、有効期限が切れる日までにこの通知書と現在交付されている短期被保険者証をお持ちになり、問い合わせ先担当課にお越しく下さい。

氏 名	生年月日	短期被保険者証種別	有効期限

〈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