

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>		
	〇〇市		印