

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 (特別療養)</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		
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>〇〇市</div> <div>印</div>		