

国民健康保険 加入・脱退 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	資格適用開始・終了年月日	
世帯主					開始	
					終了	
世帯員					開始	
					終了	
					開始	
					終了	
					開始	
					終了	
					開始	
					終了	
					開始	
					終了	

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