

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 発効期日 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		
交 付 年 月 日	年 月 日		
一部負担金の割合	割		
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