

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

〇〇県国民健康保険資格確認書  
(特別療養)

有効期限 年 月 日  
交付年月日 年 月 日

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	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
〇〇市				印								