

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

有効期限 年 月 日
発効期日 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										
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	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <div>〇〇市</div> <div>印</div>										