

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> | | |