

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
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			
負担割合・発効期日	割 .	年 月 日		
限度区分・発効期日	.	年 月 日		
長期入院該当日	年 月 日			印
特定疾病区分・発効期日	.	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>			
	〇〇市			印