1005-560150

有効期限

被保険者番号　ＺＺＺＺＺＺＺＺ　ＮＮ　ＺＺ年　ＺＺ月　ＺＺ日

氏名　ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

住所　ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

生　年　月　日　ＮＮ　ＺＺ年　ＺＺ月　ＺＺ日　性別 Ｎ

資格取得年月日　ＮＮ　ＺＺ年　ＺＺ月　ＺＺ日

発　効　期　日　ＮＮ　ＺＺ年　ＺＺ月　ＺＺ日

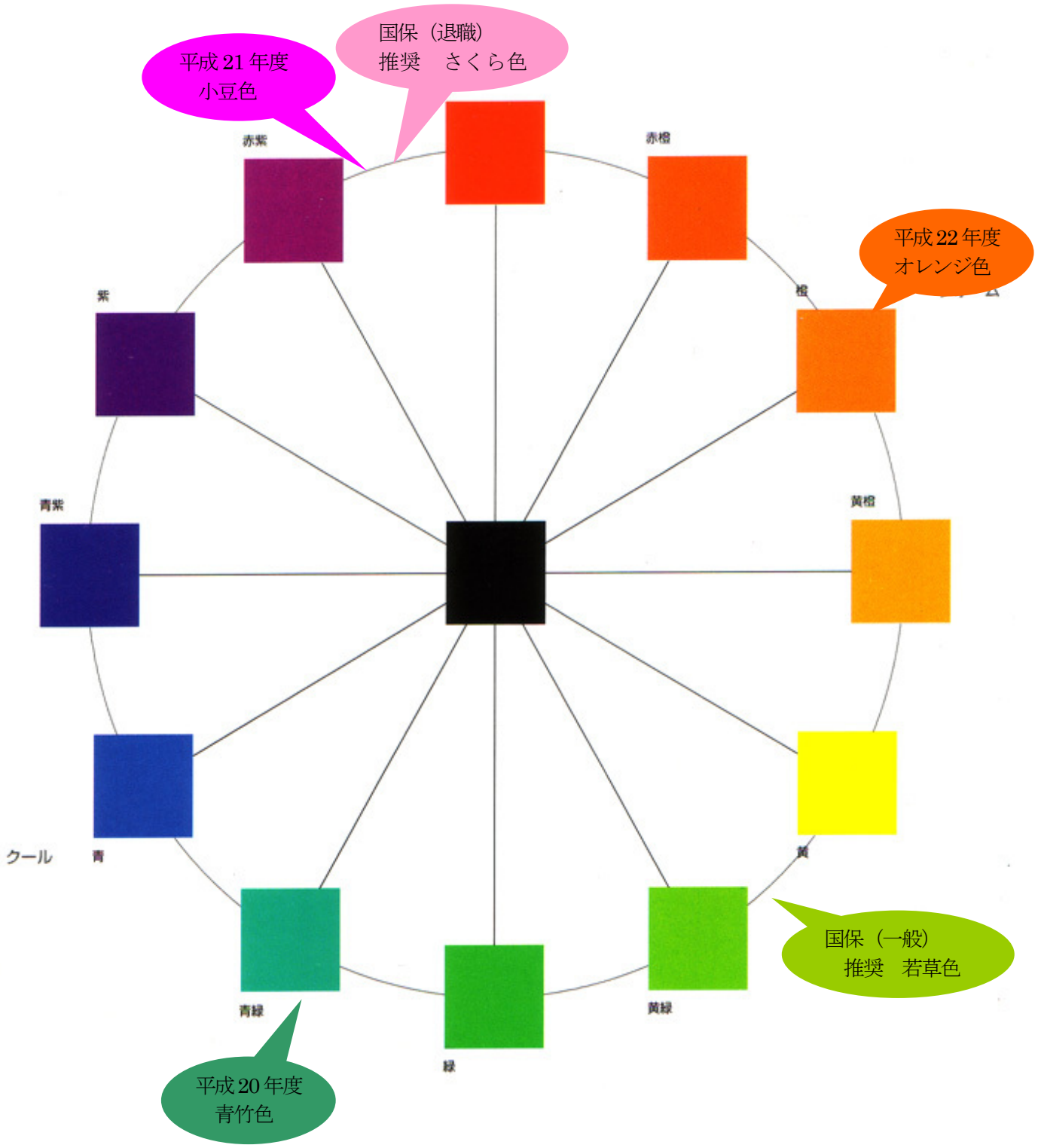
交　付　年　月　日　ＮＮ　ＺＺ年　ＺＺ月　ＺＺ日

一部負担金の割合　ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

保　険　者　番　号　ＺＺＺＺＺＺＺＺＺ

保　険　者　名　ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

ここからはがしてご使用ください。


平成21年度
小豆色
国保（退職）
推奨　さくら色
赤紫
赤橙
平成22年度
オレンジ色
紫
橙
青紫
黄橙
クール
青
黄
国保（一般）
推奨　若草色
青緑
黄緑
緑
平成20年度
青竹色