様式2号（第3条関係）

柏原市国民健康保険給付資格証明願

下記の者について、国民健康保険の給付を受ける資格があることを証明願います。

令和　　年　　月　　日

柏 原 市 長 様

世帯主　住所　柏 原 市

氏名

（連絡先　　－　　－　　）

※世帯主と申請者が違う場合は以下にご記入ください。

申請者　住所

氏名　　（世帯主との続柄）

（連絡先　　－　　－　　）

記

柏原市国民健康保険給付資格証明書が必要な者

（該当する数字に〇をつけてください。）

1　世帯全員

2　下表に記入した者

（必要な者が一部である場合は下表に氏名・生年月日を記入してください。）

氏名	生年月日
	S･H･R　　年　　月　　日
	S･H･R　　年　　月　　日
	S･H･R　　年　　月　　日
	S･H･R　　年　　月　　日
	S･H･R　　年　　月　　日
	S･H･R　　年　　月　　日
	S･H･R　　年　　月　　日