様式第七号の二（附則第七条関係）

（表　面）

○○都道府県
国民健康保険
被保険者証

有効期限　　年　　月　　日

（被　扶　養　者）　　退

記　号　　番　号　　（枝番）

氏　名　　性　別

生　年　月　日　　年　　月　　日

適用年月日　　年　　月　　日

交付年月日　　年　　月　　日

世帯主氏名

住　所

保険者番号

交付者名　　印