逗子市国民健康保険運営協議会
被保険者代表委員　応募申込書

（任期：令和7年4月1日～令和10年3月31日）

住　　所	逗子市
フリガナ	
氏　　名	
生年月日	年　　月　　日生
連　絡　先	（電話番号）
	（メールアドレス）
国民健康保険被保険者記号番号	０９－

応募の動機等についてご記入ください。

（問い合わせ先）
逗子市福祉部国保健康課
046-873-1111 内線236