

料金受取人払郵便

切手はいりません

〇〇局  
承認  
0000

差出有効期間  
令和 7 年 3 月  
8 日まで

0 0 0    0 0 0 0

〇〇市〇〇〇〇丁目〇番地

〇〇市役所  
後期高齢者医療保険課    行

バーコード位置（作成不要）

後期高齢者医療関係  
申請書在中