

No. _____

令和 7 年 月 日

宇都宮市 国民健康保険 運営協議会委員

応募用紙

※太枠内の各項目について、もれなく記入願います

ふりがな		生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (年齢 歳)
氏 名			
住 所	〒 ー 宇都宮市		
電話番号	ー ー		
職 業			
(応募動機)			

※「国民健康保険に関すること」をテーマとした作文（４００から８００字程度，様式自由）を添えて，
令和 7 年 5 月 23 日（金）までに，下記応募先に持参，郵送又はＥメールでお申し込みください。

応募先・お問合せ先

宇都宮市 保健福祉部 保険年金課 管理グループ（市役所 1 階）

住 所：〒 3 2 0－8 5 4 0 宇都宮市旭 1 丁目 1 番 5 号

電話番号：0 2 8（6 3 2）2 3 1 5

Eメール：u1809@city.utsunomiya.tochigi.jp