

郵便物(見本)

料金後納  
郵便

□□□-□□□□

○○○○○○○○○○番地

○○ ○○ 様

---

後期高齢者健康診査  
アンケートご協力をお願い

---

矢印の方向にゆっくりはがしてください。 

群馬県後期高齢者医療広域連合

〒371-0854  
前橋市大渡町一丁目10番地7  
群馬県公社総合ビル6階

 027(256)7125 管理課