

窓空宛名

発行日
被保険者番号
通知書番号

年 月 日
(1)

〇〇市長
〇〇 〇〇



国民健康保険の医療費返還金督促状

あなた（あなたの家族）は、下記の事由により、国民健康保険による医療費は、当市では負担できませんので、返還していただきますよう通知いたします。

記

① 返還していただく保険給付の種類 と 期間
医療 年 月 保険給付分

② 返還していただく理由
資格異動 （ 適用終了日 適用終了事由 ）
所得変更
その他 （ ）

③ 返還していただく保険給付の明細

| 氏 名 医 療 機 関 等 名 | 診療月 | 種類 | 診 療 総 額 食事基準額 | 保険者負担額 食事保険者負担額 | 返 還 金 額 円 |
|--------------------|-----|----|------------------|--------------------|--------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 合 計 | | | | | |

④ 返還していただく額 及び 返還していただく期限
返還していただく額 円 ※上記請求金額合計の内 円は既に納入いただいております。
返還していただく期限 年 月 日

返還していただきます金額につきましては、すでに〇〇市の国民健康保険よりあなた、もしくは医療機関へと支払いましたので、その分をお返しいただくものです。

〈お問い合わせ先〉

〒 000-0000
〇〇市〇〇町1丁目2番3号
国保課
電話 000-000-0000