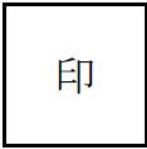


窓空宛名

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 給付費の返還について

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 返還いただく保険給付の明細

氏 名 医 療 機 関 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 返還いただく額 及び 返還いただく期限  
返還いただく額 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。  
返還いただく期限 年 月 日

返還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医療機関、もしくはあなた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