

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、返納していただきますよう通知いたします。

記

- ① 返納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 返納していただく理由  
資格異動 （ 適用終了日 適用終了事由 ）  
所得変更  
その他 （ ）
- ③ 返納していただく保険給付の明細

氏 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	請 求 金 額 円
医 療 機 関 名				
合 計				

- ④ 返納していただく額 及び 返納していただく期限  
返納していただく額 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。  
返納していただく期限 年 月 日

返納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。

問合せ先  
〒000-0000  
〇〇市1丁目2番3号 〇〇課  
電話番号：000-000-0000