

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納金催告状

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 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	請 求 金 額 円
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