

窓空宛名

年 月 日

通知書番号

〇〇市長  
〇〇 〇〇



国民健康保険給付費の返還について（通知）

下記の被保険者が受けた保険診療について、保険給付費の返還請求を致します。 請求金額をお知らせいたしますので、指定の期日までにお支払ください。

記

- 1) 被保険者記号・番号
- 2) 被保険者氏名
- 3) 請求金額 (内納付済額 今回請求額)

保険給付の明細

頁

番号	給付種別	診療年月	医療機関名等	入外	医療費	請求金額

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