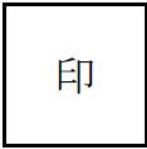


窓空宛名

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 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