

窓空宛名

通知書番号

印

下記の被保険者が受けた保険診療について、被保険者からの申し出により損害賠償請求権を代位取得したため、保険給付費の返還請求を致します。

1) 被保険者記号・番号

2) 被保険者氏名

3) 事故 (事件) 発生日時

4) 求償率

5) 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	医療機関等名	入外	医療費	請求金額

〈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