

窓空宛名

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

- ③ 返還していただく保険給付の明細

- 返還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。

〒 000-0000
〇〇市〇〇町1丁目2番3号
国保課
電話 000-000-0000