

窓空宛名

保険者名 :

印

先に申請のあった国民健康保険高額療養費の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

[illegible]

〈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