

郵便はがき

料金後納  
郵便

3 1 5 0 0 5 7

かすみがうら市 ○○△△ 番地

国民健康保険高額療養費  
申請  
通知書

様方

霞ヶ浦 太郎 様



(国保)

国保世帯番号	01234567	通知年月	年 月
受診者氏名	診療年月	受診者氏名	診療年月
霞ヶ浦 太郎	年 月 27 5		年 月
申請日	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 午前9時～午後5時 (土・日・祝日を除く)		
申請場所	かすみがうら市 市民部国保年金課 千代田庁舎 霞ヶ浦庁舎 中央出張所 電話 (代) 0299 (59) 2111 029 (897) 1111		

099000035A

国民健康保険高額療養費請求書

請求金額 ○○○○円

上記の金額を請求いたします。

〇〇 年 月 日

(国保世帯番号 01234567)

振込先	金融機関	銀行名	支店名
	預金種目	普通・当座 口座番号	
名義人 (世帯主)			

(国保)

[請求者] 住所 かすみがうら市 ○○△△ 番地

氏名 霞ヶ浦 太郎 (印)

かすみがうら市長 殿

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

氏名

(印)

かすみがうら市会計管理署 殿

099000035B

ハガキの右半分が  
請求書になります

見本