

国民健康保険 不当利得金納額証明申請書

(提出先) 足立区長

下記のとおり申請します。

令和 年 月 日

どなたの証明が必要ですか	必要枚数	枚		
	記号番号	21 - -		
	住所	足立区		
	フリガナ			
	世帯主			
	フリガナ			
	受診者名			
	診療年月及び金額	年 月分の療養給付費額 円	納付年月日	年 月 日
	診療年月及び金額	年 月分の療養給付費額 円	納付年月日	年 月 日

窓口に来た方 (あてはまる数字に○をし、必要事項を記入してください)		
1 本人 (上記と同じ住所の場合、電話のみ記入)	2 同世帯の親族 (続柄) (上記と同じ住所の場合、氏名と電話を記入)	3 その他 () (住所・氏名・電話を記入) ※委任状が必要です
住所		
フリガナ		
氏名		
電話番号	- -	

----- 以下、職員記入欄 -----

その他	本人・同世帯	確認資料
1点	1点	<input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 運 <input type="checkbox"/> パ <input type="checkbox"/> 住B <input type="checkbox"/> 在留 <input type="checkbox"/> 他 ()
2点	2点	<input type="checkbox"/> 公領 <input type="checkbox"/> 郵 <input type="checkbox"/> カード(ク・キ) <input type="checkbox"/> 診 <input type="checkbox"/> 他 ()
	聴聞	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> KB ※2点の内1点の場合は聴聞2項目以上
委任状		<input type="checkbox"/> 委任状
チェックリスト		<input type="checkbox"/> 記入の不備無し <input type="checkbox"/> 不当利得返納調書(レセプト) <input type="checkbox"/> 国民健康保険不当利得金納額証明書 <input type="checkbox"/> 画面ハードコピー

足区国証第 号

収 受 印

区民部国民健康保険課庶務係					
決 定	課 長	起 案	係長	確認	受付