

国民健康保険療養給付費等返還金領収証明申込書

太枠の中を記入してください。

納付義務者(世帯主) 住所	豊中市中桜塚3-1-1
納付義務者(世帯主) 氏名	豊中 未来
被保険者証番号	豊国 123456
返還済金額	10,000円
返還年月日	令和5年 3月 20日
豊中市長 あて 上記の国民健康保険療養給付費等返還金について、発行手数料(300円)を添えて 領収証明の発行を申し込みます。	
申込日	令和5年 4月 3日
申込者氏名	豊中 未来
申込者電話番号	090-1234-5678

注意点

- 即時発行はできません。申込書と手数料を受領後、後日(概ね1週間程度後)
納付義務者(世帯主)の登録住所へ郵送します。
- 確認事項がある場合は、申込者電話番号へ連絡することがあります。
- 受領した手数料の返金はできません。あらかじめご了承ください。

<市記入欄>

手数料領収印	受付担当者	作成担当者	発送日
			備考