

窓空宛名

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

1. *Journal of the American Medical Association*, 2000; 283: 2686-2692.

- | | |
|-----------------|--------|
| ② 返還いただく理由 | |
| 資格異動 (適用終了日 | 適用終了事由 |
| 所得変更 | |
| その他 (| |
| ③ 返還いただく保険給付の明細 | |

- 返還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医療機関、もしくはあなたへと支払いしましたので、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