様式第2号(第2条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (　　月診療分第　　回発行)  国民健康保険一部負担金  支払残金請求書  全額支払済証明書 | | | | | | |
|  | ①　患者の氏名 |  | | | ②　被保険者証記号番号  　　国国 |  |
| ③　診療期間 | | | 年　　月　　日から  　　　　　　年　　月　　日まで　　　　　　　　　日間 | |
| ④　入院・入院外の別 | | | 入院：入院外 | |
| ⑤  ③の期間中の保険診療合計  円 | | ⑥一部負担金：未払残金請求額未払済額請求の場合 | | |
| は⑤×0.3―課税・上位(⑤―500,000)×1％＋150,000＝　　　円  0.2　課税・上位以外(⑤―267,000)×1％＋80,100＝　　　円  課税・多数　　　　　　円  非課税世帯　　　　　　円 | | |
| 高額療養費(円未満の端数切捨て)　　　　　　　　　　　円 | | |
| 上記のとおり請求：証明します。  年　　月　　日  所在地  医療機関の名称  取扱者氏名  振込先機関  国頭村長　　　　様口座名義  口座番号 | | | | | | |

＊証明書として使用する場合は、宛先を村長にして下さい。

＊「保険診療費合計額」欄に記載された額に差額料等は、含めないよう留意して下さい。

＊請求書(証明書)の発行を受けたときは、すみやかに国頭村役場国保担当課で所要の手続きをして下さい。