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 |
| ⑤③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。