料金後納
郵便

9	9	9	9	9	9	9

××××××××××××××××××××××

××××××××××××××××××××× 様

親展

********** *******

瀬戸市追分町６４－１

瀬戸市役所国保年金課給付係

0561-88-2640

被保険者証記号・番号
×××××××

医療費のお知らせ

令和XX年XX月XX日

受診年月	受診者氏名	医療機関等の名称	入外区分	入院通院柔整の日数	医療費の額	患者負担額	減額区分
****	×××××××××××××××××	×××××××××××××××××××××××××××××××	*	999	9,999,999	9,999,999	*
****	×××××××××××××××××	×××××××××××××××××××××××××××××××	*	999	9,999,999	9,999,999	
	合計			999	9,999,999	9,999,999	

※このお知らせは再発行いたしませんので、大切に保管してください。