

国民健康保険喪失後受診届出書

| 受診年月日 | 利用された方の氏名 | 利用された先の医療機関 |
|-----------|-----------|-----------------------------|
| | | |
| 記入例 | | |
| 平 29.5.20 | 柏原 太郎 | 柏原病院 ○△病院 ・ ・ |
| 平 29.5.31 | | 柏原病院 □×病院 ・ ・ ・ |

(職場での健康保険証に記載されている「資格取得日」の翌日以降に、柏原市国民健康保険証をお使いになった場合はご記入ください。ない場合はなしとご記入ください。)

※この届出書は国民健康保険の資格がない期間中に保険証をお使いになっているかどうかを確認するものです。国民健康保険の資格がない期間中に保険証を使った場合、国民健康保険が負担した医療費をさかのぼって返還していただくことがあります。

令和 年 月 日
柏原市長様

住所 _____

世帯主名 _____

申請者名 _____