

様式第 5 号(第 9 条関係)

国民健康保険高額療養費
貸付金償還及び差額支給通知書

年 月 日

様

宇和島市長 印

宇和島市国民健康保険高額療養費貸付規則第 4 条の規定による 様の 年 月診療分医療費に係る貸付金について下記のとおり受領したので通知します。
なお、高額療養費受領済額と貸付金として返還した額との差額については、あなたの指定された下記委任状の口座へ 月 日までに振り込みますのでご確認下さい。

高額療養費受領済額 ①	円
貸付金償還金 ②	円
差引支給額 ①－②	円
差引不足額 ②－①	円

委 任 状

私は、宇和島市長を代理人と定め 年 月診療分に係る高額療養費貸付金の償還及びその差額支給に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

世帯主
住 所 宇和島市
氏 名 (※)

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

高額療養費貸付金償還の差額は、特別な事情がある場合を除き、下記の口座へ振り込んでください。

金 融 機 関 名	本 ・ 支 店	普	口 座 番 号	口座名義人
		・		フリガナ
		当		