

納付確約書

この確約書に添えて「大野城市国民健康保険一部負担金徴収猶予承認証明書」を提示した者は、大野城市国民健康保険が一部負担金の徴収猶予対象者として認めた者です。

該当になるのは「大野城市国民健康保険一部負担金徴収猶予承認証明書」に記載された対象者及び疾病又は負傷の名称ですので内容をご確認ください。

以下の書類の全てが提示され、上記に該当する場合は当該診療又は薬剤一部負担金について記載証明し本人の署名捺印を確認したうえでこの書類を大野城市国民健康保険に送付してください。

なお、当該医療費に係る高額療養費、公費、他制度による給付額を控除した一部負担金については、保険給付費に加算して国民健康保険団体連合会経由で請求してください。

- 提示書類 1 大野城市国民健康保険証  
2 大野城市国民健康保険一部負担金徴収猶予承認証明書  
3 公費又は他の一部負担金の減額認定を受けている場合はその証明書

問い合わせ先 大野城市国民健康保険担当  
電話  
FAX

医療機関等の記載欄

診療又は調剤年月日 年 月 日

該当する疾病又は負傷の名称

上記に係る一部負担金 円 （高額療養費、公費及び他制度による減額控除後）

上記のとおり証明します。

年 月 日 医療機関等  
住所又は所在地

氏名又は名称 印

（あて先）  
大野城市長

大野城市が立て替えた上記診療に係る一部負担金については、6月以内に支払うことを確約します。

年 月 日  
療養の給付を受ける者又は世帯主  
住 所  
氏 名 印