

健診等機関番号：

〒

様

支払額通知書

(年 月 受付分)

年 月 日 作成
国民健康保険団体連合会

下記金額を支払決定し下記金融機関に送金しますので通知いたします。

金融機関名	
支店名	
支払日	年 月 日

支払金額 (振込金額)	円
-------------	---

支 払 額 内 訳 書

(年 月 受付分)

/ 頁

年 月 日作成

国民健康保険団体連合会

健診等機関番号	健 診 等 機 関 名

保険者 番号	保 険 者 名	実施		特 定 健 診 分				特 定 保 健 指 導 分			保険者負担 金額 (円)	
		年	月	件数	基本的 (円)	詳細 (円)	追加 (円)	人間ドック (円)	件数	積極的 (円)		勧誘づけ (円)
当月受付決定												
過誤調整												
支払決定												