

平成 年 月 日

様

未収一部負担金処分請求書

国民健康保険法第 42 条、第 2 項により下記のとおり処分を請求します。

保険医療機関番号 _____

所在地 _____

保険医療機関の名称 _____

開設者 _____ 印

世帯主	記号		番号	
	氏名			
	住所			
受診者	氏名		世帯主との続柄	
	主病名		一部負担未収にかかわる受診期間	平成 年 月 日 平成 年 月 日
一部負担金	総額	円	未収納金(請求額)	円
善管注意を行った 具体的な経過	1. 平成 年 月 日 口頭 (電話・面談) 2. 平成 年 月 日 書類 (内容証明送付) 3. 平成 年 月 日 訪問 (患者・患者保証人) その他			
未収となっている理由				

(国民)診療費振込銀行名		銀行	支店
預金科目	普通預金	No.	号
	当座預金	No.	号