

※太枠の中を記載して下さい。

----- ここからは記入しないでください -----

直接支払制度利用	有 ・ 無	備考			
国保資格継続期間	6ヶ月以上 ・ 6ヶ月未満				
産科医療保障制度	有 ・ 無				
福祉医療の申請	済 ・ 無	完納 ・ 滞納 ・ 納付約束(誓約・履行・不履行)			
受 付 印		受付 NO.		支払総額	円
		受付者		医療機関への 支払額	円
				世帯主への 支払額	円