

2XZ9年Z9月Z9日

8XXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
12XXXXXXXXXX

兵庫県後期高齢者医療広域連合

後期高齢者医療療養費支給のお知らせ

後期高齢者医療療養費(受領委任)について、次のとおりお知らせします。

記

1. 保険者名称 ZZZZ市
2. 合計件数 ZZ,ZZ9件
3. 支給額合計 ZZ,ZZZ,ZZ9円
4. 支払予定日 2XZ9年Z9月Z9日

※支給の内訳は別添の療養費支給明細書をご参照ください。

◆問い合わせ先

兵庫県後期高齢者医療広域連合

給付課

〒650-0021

住 所 兵庫県神戸市中央区

三宮町1丁目9番1-1201号

電話番号 078-326-2023

