

承 諾 書

私は、下記井原市国民健康保険特別療養費を井原市国民健康保険税に充当すること承諾します。

● 特別療養費支給額

_____年	_____月	診療分 (_____)	_____円
_____年	_____月	診療分 (_____)	_____円
_____年	_____月	診療分 (_____)	_____円
_____年	_____月	診療分 (_____)	_____円
合 計			_____円

● 充当先及び充当金額

国民健康保険税 (_____年度第 _____期)	_____円	
国民健康保険税 (_____年度第 _____期)	_____円	
国民健康保険税 (_____年度第 _____期)	_____円	
国民健康保険税 (_____年度第 _____期)	_____円	
合 計		_____円

_____年 _____月 _____日

承諾者 (世帯主)

住 所 _____
氏 名 _____