（２号被保険者用）

様式番号

第　　　　　　号

窓空宛名

　年　月　日

印

○○市（町村）長

**介護保険給付の支払一時差止等予告通知書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |

**固定文言１＋編集１**

　　　年　月　日にあなたは、要介護（更新）認定・要支援（更新）申請をしましたが、あなたの医療保険料等は次のとおり滞納となっています。医療保険料等が滞納のままですと、制度の運営に大きな支障を来すため、介護保険法では滞納の方に対し、給付の支払方法を変更する措置が定められています。

　したがって、今後も医療保険料等の滞納の状態が続いた場合に、介護保険法第６８条第１項の規定に基づき、「保険給付の支払方法変更（償還払い化）及び保険給付の支払の一時差止」の措置をとることになりますので予告します。

　「保険給付の償還払（支払方法変更）」とは介護サービスを受けたとき、サービス提供事業者に一旦費用の全額を支払い、後日、領収証を添付して保険者負担分を保険者に対して請求する制度です。

　「保険給付の支払の一時差止」とは、保険給付の償還払いの申請があったとき、医療保険料等の滞納の状況に応じて、償還払いの対象となる金額の全部又は一部について支払の一時差止めを行うものです。

**自由記載１**

【医療保険料等の滞納状況】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度保険料 | | | | 年度保険料 | | | | 年度保険料 | | | |
| 調定年度 | 期別 | 医療保険料等額 | うち未納医療保険料等額 | 調定年度 | 期別 | 医療保険料等額 | うち未納医療保険料等額 | 調定年度 | 期別 | 医療保険料等額 | うち未納医療保険料等額 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 | |  |  | 計 | |  |  | 計 | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  | |
|  |  |
|  |  |

※上表は　 　年　月　日現在の滞納額です。行き違いに納入された場合には、速やかに申し出てください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （お問合せ先）●●市介護保険課 | | 住所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
|  |  | 電話番号 | 987-6543-2111　　FAX番号　123-456-7890　　メール　 xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |

**不服の申立て及び取消訴訟**

不服の申立て及び取消訴訟

　この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（ 都道府県郵便番号　都道府県住所　電話：都道府県電話番号 ）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

　この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、 市町村名１ を被告として（訴訟において 市町村名２ を代表する者は 市町村長 となります。）提起することができます。

　ただし、次の１から３のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

　１　審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。

　２　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

　３　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

弁明の機会を付与する通知

**弁明の機会を付与する通知**

この通知内容について異議がある場合には、弁明をすることができますので、以下の提出期限までに別紙弁明書を提出してください。

弁明書提出先　　○○市（町村）介護保険課　住所　電話番号

弁明書提出期限　　　　　年　　月　　日