

窓空宛名

年度 国民健康保険税 仮徴収額変更決定通知書

年 月 日

〇〇市長
〇〇 〇〇



年度分国民健康保険税 仮徴収額を次のとおり変更しましたので通知します。

世帯主氏名				被保険者番号	
生年月日	年 月 日	性別			
住 所					

変更前仮徴収決定額	変更後仮徴収決定額
円	円

年度 特別徴収 月別仮徴収額

徴収月	変更前	変更後
4 月	円	円
6 月	円	円
8 月	円	円
仮徴収合計額	円	円

10月以降の保険税については、別途通知をします。
10月以降の保険税合計額は、年間決定額から4月、6月、8月に仮徴収した保険税の合計額を差し引いた額になります。

保険税納付方法等

徴収方法	
特別徴収義務者	
特別徴収対象年金	
特別徴収対象年金額	円

この通知書に記載された事項について不服のある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に市長に対して審査請求をすることができます。この国民健康保険税の決定の取消しを求める訴えは、前記の審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に市を被告として（市長が被告の代表者となります。）提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされていますが、

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き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

は裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。

〈お問い合わせ先〉

〒 000-0000
〇〇市〇〇町1丁目2番3号
国保課
電話 000-000-0000