

窓空宛名

年 月 日

〇〇市長

〇〇 〇〇

印

国民健康保険税 減免取消決定通知書

年 月 日 付で申請のありました国民健康保険税の減免につきましては、  
次のとおり取消としたので通知します。

|        |    |       |       |          |
|--------|----|-------|-------|----------|
| 対象年度   | 年度 | 保険証番号 | 決定年月日 | 年 月 日    |
| 世帯主氏名  |    |       |       |          |
| 取消前決定額 | 円  | 減免取消額 | 円     | 取消後決定額 円 |
| 減免取消理由 |    |       |       |          |

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