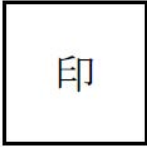


窓空宛名

年 月 日

〇〇市長
〇〇 〇〇



高額療養費（外来年間合算）支給決定通知書

先に申請のありました高額療養費（外来年間合算）の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

申請者（世帯主）氏名		被保険者記号		被保険者番号	
------------	--	--------	--	--------	--

計算対象期間	～		
申請年月日		決定年月日	
計算対象期間中の自己負担額の合計額		支給額	
給付の種類			
不支給の理由			
備考			

支 払 方 法				
窓 口 払		口 座 払		
お持ちいただくもの	支払場所	振込先	金融機関	
			口座種目	
			口座番号	
			口座名義人	

000-0000

(所在地) 〇〇市1丁目2番3号

〇〇 〇〇

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か月以内に〇〇県の国民健康保険審査会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