

窓空宛名

年 月 日

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

一部負担金減免等取消通知書

年 月 日付けで承認決定した一部負担金減免等について、次の通り取り消したので通知します。

| | | | |
|---------------|------------------------------------|------------|-------|
| 被保険者番号 | | | |
| 療養の給付を受ける者の氏名 | | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| 世 帯 主 | 住所 | | |
| | 氏名 | | |
| 取消年月日 | 年 月 日 | | |
| 証明区分 減 額 | 年 月 日 から 年 月 日 まで 割合 割 期間 か月 | | |
| 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

窓空宛名

年 月 日

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

一部負担金減免等取消通知書（医療機関用）

年 月 日付けで承認決定した一部負担金減免等について、次の通り取り消したので通知します。

| | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------|-------|
| 被保険者番号 | | | |
| 療養の給付を受ける者の氏名 | | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| 世 帯 主 | 住所 | | |
| | 氏名 | | |
| 取消年月日 | 年 月 日 | | |
| 区分 減 額 免 除 徴収猶予 一部負担金等免除 | 年 月 日 から 年 月 日 まで 割合 割 期間 か月 | | |
| 取消理由 | | | |

取消年月日以降の療養に係る一部負担金は、被保険者から直接徴収してください。

〈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