

窓空宛名

(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  
電話番号 000-000-0000

1

発行日： 年 月 日  
被保険者番号：  
医療機関番号：

支給決定通知書

先に申請のあった国民健康保険高額療養費の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

金 額	円				
支給決定日	年 月 日				
振込期日	年 月 日				
金融機関					
内 訳					
申請日	申請者（世帯主）	対象者	支給額 支給済額	貸付額 充当額	差引支払額

〇〇市長  
〇〇 〇〇



あなたがこの処分に不服があるときは、この処分を受け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することができます。なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、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や処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは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、〇〇市を被告（代表者は〇〇市長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過する訴えを提起できません。