

発行日 年 月 日

印

先に申請のありました高額介護合算療養費の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者記号		被保険者番号	
--------	--	--------	--	--------	--

計算対象期間	年 月 ～ 年 月		
申請年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
計算対象期間中の 自己負担額の合計額	円	支給額	円
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		振込先	金融機関						
			口座種目						
支払場所			口座番号						
支払期間			口座名義人						

(所在地) ○○市1丁目2番3号

○○ ○○

〈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

あなたがこの処分不服があるときは、この処分があったことを知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。