

窓空宛名

発行日  
保険者名

:

年 月 日

〇〇 市長  
〇〇 〇〇



# 国民健康保険高額療養費支給決定通知書

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。

被保険者記号・番号			世帯主氏名				
金額		円		差引支払額		円	
支給決定日		年 月 日		振込期日		年 月 日	
金融機関							
診療年月	療養を受けた 被保険者氏名	医療機関等名		費用額	自己負担額	支給額	差引支払額 入外

「支給額」とは、診療年月単位に、その月に発生した高額療養費を、各診療明細ごとに按分した後の金額です。  
あなたがこの処分に不服があるときは、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。

〈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