様式第7号（第9条関係）

**国民健康保険一部負担金減免等不承認通知書**

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者記号番号 | **長洲** |
| 療養の給付を受ける 被保険者の氏名 |  |
| 保険医療機関等の 名称及び所在地 |  |
| 申　請　内　容 | **減額（　　割 ） ・　免除　・　徴収猶予** |
| 不承認となった理由 |  |

上記のとおり決定しましたので通知します。

　　　　　年　　　月　　　日

長洲町長　　　　　　　　　　　　　　印

※この決定に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して60日以内に熊本県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。

　処分の取消しの訴えは、前記の裁決の送達を受けた日から6月以内に、長洲町を被告として(訴訟において長洲町を代表とする者は長洲町長となります。)、提起しなければなりません。

　なお、裁決の送達を受けた日から6月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

　また、処分の取消しの訴えは、前記の裁決を経た後でなければ提起することができませんが、事由によっては、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。