様式第2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 療養費・看護料・移送費・出産育児一時金  葬祭費・育児手当金・高額療養費 | | 支給決定通知書 | |
|  | 療養者氏名 | |  | |  | |
| 支給期間 | |  | |
| 費用総額 | |  | |
| 支給決定額 | |  | |
| 支払場所 | |  | |
| 支払月日 | |  | |
| 年　　月　　日  小野町長  　　　　　　　　　殿  備考  1　この決定に不服のある場合は、この通知書を受けとった日の翌日から起算して60日以内に口頭若しくは文書をもって、国民健康保険審査会(県保険課内)に審査の請求をすることができます。  2　支給金受領のときは、申請書に捺印した認印を持参して下さい。  3　申請書に使用した認印を亡失したときは、他の認印と身分を証明するに足る書類を持参して下さい。  4　代理人が受領されるときは、委任状と代理人の認印を持参して下さい。 | | | | | |

(B5)