様式第3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 | 不支給決定通知書 |
| 年　　月　　日付をもって支給申請がありましたが、下記の理由により支給できません。  記  (理由)  　　　　　　　年　　月　　日  小野町長  　　　　　　　　　殿  備考  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。 | | |

(B5)