様式第8

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 看護  移送 | | | | | 不承認決定通知書 | | | |
|  | 被保険者証の記号番号 |  | | | | 被保険者名 |  |  |
| 看護・移送の不承認の事由 |  | | | | | |
| さきに申請のあった | | 看護  移送 | については、上記事由により不承認に決定しました。 | | | |
| 年　　月　　日  小野町長  被保険者　　　　殿 | | | | | | |
| 備考  この決定について不服のある場合は、この通知書を受け取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)