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)