様式第3号(第11条関係)

一部負担金減免等非該当通知書

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

八頭町長　　　　　　　㊞

　　　　年　　月　　日付で申請のあった一部負担金減免等については、下記の理由により非該当と決定しましたので、八頭町国民健康保険一部負担金減免等の取扱要綱第11条第1項の規定により通知します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 |  | 療養の給付を受ける者の氏名 |  |
| 非該当理由 |  | | |

　上記の決定に対して不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に、鳥取県国民健康保険審査会に審査請求をすることができます。