

(別添4)

〒999-9999  
〇〇県〇〇〇市〇〇町1-2-3

介護 太郎 様

## 高額介護合算療養費等支給（不支給）決定通知書（案）

先に申請のありました高額介護合算療養費等支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者証記号		被保険者(証)番号	
計算対象期間	年 月 ~ 年 月				
申請年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日		
計算対象期間中の自己負担額の合計額	円		支給額	円	
給付の種類					
不支給の理由					
備考					

支払方法					
* * *			口座払		
お持ちいただくもの	・この通知書 ・〇〇保険被保険者証		振込先	金融機関	
支払場所				口座種目	
支払期間				口座番号	
				口座名義人	

〒 (所在地)	全国健康保険協会 支部長 健康保険組合理事長 市長 県後期高齢者医療広域連合長	印
---------	--	---

問い合わせ先 〒123-45XX 〇〇県××市〇〇〇1-2-3 ××市 市〇〇課 電話番号 XXX(XXX)XXXX
--

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3箇月以内に、〇〇健康保険審査会に審査請求をすることができます。
- この決定の取消しを求める訴訟は、次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合を除き、審査請求に対する裁決を経て、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、〇〇に対して提起することができます。
  - 審査請求があった日から3箇月を経過しても裁決がないとき。
  - 決定、決定の執行又は手続きの続行による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求ができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。