様式第2号

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　減　　額舟橋村国民健康保険一部負担金　　免　　除　　承認（不承認）通知書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　徴収猶予　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　申請者　　（世帯主）　あて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　舟橋村長　　　　　　　　　　　　　　　先に申請のあった一部負担金減免等について、次のとおり承認・不承認とします。 |
| 被保険者記号番号 |  |
| 世帯主住所 |  |
| 世帯主氏名 |  |
| 療養の給付を受ける被保険者 | 氏　　名 |  | 世帯主との続柄 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 傷病名 |  | 　　発病又は負傷年月日 |
| 　　　　　　年　　月　　日 |
| 承認の内容 | 減額　　　　　割　　　・　免除　・　徴収猶予 |
| 期　　間 | 　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日間 |
| 不承認の理由 |  |

注意　この裁決に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に文書又は口頭で富山県国民健康保険審査会に対して審査請求することができます。