様式第４号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 減　　額  舟橋村国民健康保険一部負担金　　免　　除　　承認取消通知書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　徴収猶予  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日    　　（世帯主）　あて  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　舟橋村長  　　年　　月　　日付第　　　号で承認した国民健康保険一部負担金減額（免除・徴収猶予）を下記  のとおり取り消したので通知します。 | | | | | |
| 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 | | |
| 取消年月日 | 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 | | | | |
| 取消理由 |  | | | | |

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。