様式第5号(第9条関係)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| 国民健康保険料減免取消決定通知書 |
| 世　　帯　　番　　号 |  |
| 住　　　　　　　　所 |  |
| 取消前の決定内容 | 減　　免　　期　　間 | 年　　月　から年　　月　まで |
| 減　　　免　　　額 | 年度分当初保険料額　　　　　円減免額　　　　　　　　円減免後保険料額　　　　円 |
| 取消後の決定内容 | 減　　免　　期　　間 | 年　　月　から年　　月　まで |
| 減　　　免　　　額 | 年度分当初保険料額　　　　　円減免額　　　　　　　　円減免後保険料額　　　　円 |
| 取消決定の理由 |  |
| 上記のとおり減免の取消しを決定しましたので通知します。年　　月　　日出雲市長　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　様 |

上記の決定に対して不服がある場合は、

１ この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に、島根県国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。

２ 処分の取消しの訴えについては、上記１の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（１）審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。

（２）処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（３）その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

なお、上記の場合の処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内に、出雲市を被告として（訴訟において出雲市を代表する者は出雲市長となります。）、提起することができます。

３　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分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

して審査請求をすることができなくなり、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、原則として処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。