**様式第２６号（第５０条関係）**

**国民健康保険高額療養費支給決定通知書**

**右記のとおり決定しましたので通知します。**

**支給額の計算において御不明な点がありましたら　　　　　へ御連絡ください。**

**医療費の額に変更があった場合には、追加支給又は返還していただくこともありますので、御了承ください。支給額に係る自己負担限度額については審査機関により決定したもので、病院等の窓口で支払った額と異なることがあります。**

**この決定に不服がある場合は、決定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により栃木県国民健康保険審査会あて、審査請求をすることができます。**

**また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内に市町（市町長が代表となります。）を被告として提起することができます。**

**なお、処分の取消しの訴えは、前記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、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は、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。**

**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。**

**※栃木県国民健康保険審査会の場所**

|  |  |
| --- | --- |
| **申請年月日** |  |
| **支給決定年月日** |  |
| **記号番号** |  |
| **整理番号** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **診療月** |  |
| **支給額** | **円** |
| **支給内訳****区分** |  | **円** |
|  | **円** |
|  | **円** |
|  | **円** |

**上記本人支給分の金額を下記のとおり支払います。**

|  |  |
| --- | --- |
| **支払日** |  |
| **口座振込** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |

**※　確定申告で医療費控除の手続をされる場合、このはがきが必要となりますので、大切に保管しておいてください。**

**なお、再交付はいたしかねます。**

**※　口座番号は、個人情報保護のため下３桁は表示しておりません。**