**様式第３３号の３（第５６条の２関係）**

**年　　月　　日**

**様**

**（対象被保険者　　　　様分）**

**鹿沼市長**

**国民健康保険傷病手当金支給（不支給）決定通知書**

**年　　月　　日に申請のあった傷病手当金については、次のとおり決定したので通知します。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **被保険者証**  **記号・番号** |  | | |
| **支給対象**  **被保険者氏名** |  | **世帯主との**  **続き柄** |  |
| **支給決定額** | **円** | | |
| **備考** | | | |
| **支給予定日** | **年　　月　　日** | | |

**※申請された金融機関の口座に、お振り込み致します。**

**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に審査請求をすることが出来ます。**

**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か月以内に本市（代表者は市長）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出来ませんが、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出来ます。**