

2XZ9年Z9月Z9日

8XXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

シーケンス番号

バーコード

25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

公印

後期高齢者医療葬祭費支給決定通知書

後期高齢者医療葬祭費について、次のとおり決定しましたので通知します。

記

1. 被保険者番号 8XXXXXXX

2. 被保険者氏名 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

3. 支給金額 ZZZ, ZZ9円

4. 支給予定日 2XZ9年Z9月Z9日

5. 振込先口座 金融機関名 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

支店名 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

口座名義人 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

不服申立て及び取消訴訟

この決定に不服がある場合には、この決定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、兵庫県の後期高齢者医療審査会（〒650-8567 神戸市中央区下山手通5丁目10番1号、電話 078-341-7711（代表））に対して審査請求をすることができます。

なお、この決定の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと提起できませんが、審査請求をした日から3か月を経過しても裁決がないときや、この決定に伴う著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても訴えを提起できます。この訴えは、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、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

◆問い合わせ先

兵庫県後期高齢者医療広域連合

給付課

〒650-0021

住 所 兵庫県神戸市中央区

三宮町1丁目9番1-1201号

電話番号 078-326-2023

