|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | | ９９９－９９９９  ●●県●●市●●１－２－３  あいうえおかきくけこ  ■■　太郎　様  （▲▲　花子　様分）  （1234567890） | |  | | ●●市介護保険課  123-4567　●●市●●１－２－３  電話番号　987-6543-2111  FAX番号 　123-456-7890  メール　　xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa | |  |   お支払いの際はこの宛名部分を切り取ってお持ちください。  **自由記載１**  **固定文言１** | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **督促状 兼 納付書（納入済通知書）** | | | | | | | | |  | 口座番号 |  | | 加入者名 | | |  | |  | |  | | | | | | | | |  | 年度（　　　　調定分）  介護保険料　　第　　　期 | | | 保険料 | | |  | |  | | **固定文言２**  備考 | | | **固定文言３**  **＋編集１** | |  | | 被保険者番号 |  | |  | | 被保険者氏名 |  | |  | | 通知書番号 |  | |  | | 本督促の  納期限 |  | |  | |  | | | | | | | | |  | （ＯＣＲライン印字領域） | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | **固定文言４** | ＣＶＳ収納用 | |  | | | 収納日付印 | | |  | | | 収納代行会社：株式会社○○ | | | | |  | | |  | | | ○○市／コンビニ本部控  **固定文言５**  **固定文言６**  （ご注意）金額を訂正した場合、  コンビニエンスストアでは納付できません。  上のとおり領収しましたので通知します。  ○○市会計管理者　様  ○○市指定金融機関　様  ○○市収納代理金融機関　様 | | | | | 取りまとめ金融機関  **固定文言７**  ○○銀行○○支店  〒999-9999  ○○貯金事務センター | | | |  | | | | 第　　　　　　号 | | | | | | | | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **督促状 兼 原符** | | | | 口座番号 | |  | | 加入者名 | |  | | 年度（　　　　調定分）  介護保険料　　第　　　期 | | | | 被保険者番号 | |  | | 被保険者氏名 | |  | |  | | 様 | | 通知書番号 | |  | | 保険料 | |  | | **固定文言８**  備考 | | **固定文言９**  **＋編集２** | |  | | | | 本督促の納期限 | |  | |  | | | |  | | | | 上のとおり納付します。 | | | |  | 収納日付印 | | | 収納代行会社：  株式会社○○  **固定**  **文言10** |  | | | 郵便局／金融機関／  コンビニ店舗控 | | | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **督促状 兼 領収証書** | | | | 口座番号 | |  | | 加入者名 | |  | | 年度（　　　　調定分）  介護保険料　　第　　　期 | | | | 被保険者番号 | |  | | 被保険者氏名 | |  | |  | | 様 | | 通知書番号 | |  | | 保険料 | |  | | **固定文言11**  備考 | | **固定文言12**  **＋編集３** | |  | | | | 本督促の納期限 | |  | | 上のとおり未納になっていますので、  本督促の納期限までにこの納付書にて  納付してください。 | | | | 年　月　日  印  ○○市（町村）長 | | | | 上のとおり領収しました。 | | | |  | 収納日付印 | | | 収納代行会社：  株式会社○○  **固定**  **文言13** | 収入印紙不要 | | | 被保険者控  被保険者控及びレシートは払込の証拠になるため、受領後、大切に保管して  ください。 | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | 不服の申立て及び取消訴訟  **不服の申立て及び取消訴訟**  　この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（ 都道府県郵便番号　都道府県住所　電話：都道府県電話番号 ）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると、審査請求することができなくなります。）  　この処分の取消しを求める訴えは、前述の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、 市町村名１ を被告として（訴訟において 市町村名２ を代表する者は 市町村長 となります。）提起することができます。  　ただし、次の１から３のいずれかに該当するときは、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。  　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。 | | |  | | --- | | 収納可能なコンビニエンスストア等のチェーン名称あるいはチェーンロゴ、スマホアプリのサービス名称あるいはサービスロゴを記載  コンビニエンスストア等の店舗では、原則として上記「スマホアプリ」を利用したお支払いはできません。  バーコードの印字がない場合、コンビニエンスストア等ではお取扱いできません。  バーコードの読み取りが出来ない場合、コンビニエンスストア等ではお取扱いできません。  （収納代行会社名）とコンビニエンスストア等とは代行業務を行うための「料金収納業務契約」を結んでいます。 |   **自由記載２** | |  | | --- | |  | |