|  |
| --- |
| 審　査　請　求　書  大分県国民健康保険審査会長　殿  　　 審査請求人（又は代理人）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 　　　　　印  　　 連絡先(電話番号)  下記に記載する処分に不服があるので、国民健康保険法（昭和３３年法律第１  ９２号）第９１条第１項の規定に基づき審査請求をする。  １　審査請求の年月日　　　　　年　　月　　日  ２ 被保険者の住所、氏名、生年月日及び年齢  （１）住所  （２）氏名  （３）生年月日及び年齢　　　　年　　月　　日（　　歳）  　（４）被保険者証の番号  ３ 審査請求人の住所、氏名、被保険者との関係  ※２被保険者と３審査請求人（代理人は除く）が同一の場合は、記入の必要はありません。  　 （１）住所  （２）氏名  （３）被保険者のとの関係  ４ 代理人の住所、氏名 ※代理人が審査請求する場合に記入してください。  （１）住所  （２）氏名  ５　 審査請求に係る処分        ６　 審査請求に係る処分があったことを知った年月日  　　　 年　　月　　日 |

|  |
| --- |
| ７　審査請求の趣旨及び理由  　※具体的に記入してください。この欄に書ききれない場合は、別紙としても構いません。                            ８　処分庁の教示の有無及びその内容  （１）教示の有無　　 　　有　　・　　無  （２）教示の内容            ９　添付書類  　　　・  　　　・  　　　・ |

注１）審査請求書は、２通提出してください。（２通とも押印）

注２）添付書類（処分通知等）も、２通提出してください。

注３）代理人が審査請求をする場合のみ、委任状を１通提出してください。