|  |
| --- |
| 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１９２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。