|  |
| --- |
| 審　　査　　請　　求　　書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　 年　 月　 日秋田県国民健康保険審査会長 様　　　　　　　　　　　　　(ふ　り　が　な) 審査請求人　　 　　　　　　　 連絡先（電話番号）国民健康保険法第９１条第１項の規定により、次のとおり審査請求します。 １ 審査請求人の氏名又は名称及び住所又は居所　　（１）氏名又は名称（２）住所又は居所　〒 ２　代理人の氏名、住所又は居所及び電話番号（１）氏　　名（２）住所又は居所　〒　　（３）電話番号３　被保険者の氏名、住所又は居所、生年月日及び被保険者記号・番号　（１）氏　　名　（２）住所又は居所　 〒　（３）生年月日　　　　　　　年　　月　　日　（４）被保険者記号・番号４　保険給付を受けるべき者の氏名、住所又は居所、生年月日及び被保険者との関係（１）氏　　名（２）住所又は居所　 〒（３）生年月日　　　　　　　年　　月　　日（４）被保険者との関係　 ５　審査請求に係る処分の内容 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８　審査請求の理由 ９　処分庁の教示の有無及びその内容  10　添付書類 |

 注１）審査請求書は２通提出して下さい。

 注２）代理人があるときは、その資格を証する書面を添付して下さい。