|  |
| --- |
| 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。