

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。