

様式

審 査 請 求 書

年 月 日

岡山県国民健康保険審査会長 殿

(審査請求人又は代理人氏名)

㊦

次のとおり審査請求をします。

被保険者	氏 名 生年月日 (年齢)	(歳)	住 所 記号及び号 番	
給付を 受ける べきもの	氏 名	保険給付を受けるべき者が、被保険者以外の 者である場合にだけ記入してください。		
	住 所			
	生年月日			
	被保険者 との関係			
処 分 者				保険給付等について決定をした保険者の名称 を記入してください。
処 分 の 内 容				あなたが不服とする処分の内容を記入して下 さい。
処分があったことを 知 っ た 日				あなたが不服とする処分をあなたが知った日 (その通知を受けとった日)
審査請求の趣旨 及 び 理 由				あなたが不服を申し立てる理由及び国民健康保険 審査会にどういう決定をしてもらいたいかをなる べく詳しく記入して下さい。(別紙でもよい。)
添 付 資 料				証拠として提出する文書や物件の名前を列記 して下さい。
審 査 請 求 人	氏 名			年 齢
	住 所			
代 理 人	氏 名			
	住 所			
あなたが処分の通知を受けたときに、処分があったことを知った日の翌日からかぞえて60日以内 に文書又は口頭で岡山県国民健康保険審査会に審査請求をすることができる旨の教示がありま したか。				あ っ た な っ た
備 考				
<p>注意 1 代理人が審査請求をするときは「代理人」欄に記入するとともに「審査請求人の委任状」を添えてくだ さい。</p> <p>2 この審査請求は、あなたが処分があったことを知った日の翌日からかぞえて60日以内に、岡山県国民健康保 険審査会に到着するよう送付しないと、特別の事情がない限り審査をしてもらえないことになります。</p>				