

審 査 請 求 書

令和____年____月____日

宮崎県国民健康保険審査会長 殿

審査請求人_____

(上記代理人_____)

国民健康保険法第91条の規定により、次のとおり審査請求します。

1 審査請求人の住所、氏名、生年月日、年齢及び電話番号

(1) 郵便番号 〒

住 所

ふりがな

(2) 氏 名

(3) 生年月日及び年齢 _____年____月____日 (____歳)

(4) 電話番号

2 代理人の住所、氏名及び電話番号 (代理人をたてる場合のみ記載)

(1) 郵便番号 〒

住 所

ふりがな

(2) 氏 名

(3) 電話番号

3 保険給付を受けるべき者が被保険者以外の者であるとき (該当の場合のみ記載)

(1) 住 所

ふりがな

(2) 氏 名

(3) 生年月日及び年齢 _____年____月____日 (____歳)

(4) 電話番号

(5) 被保険者との関係

4 被保険者記号・番号

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

令和____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 部提出してください。

注 2) 代理人が審査請求する場合は、その資格を証する書面（委任状）を 1 通添付してください。