

審査請求書

平成 年 月 日

北海道厚生局社会保険審査官 殿

〒
請求人 住所または
所在地

氏名または
名 称 ⑩
電話 () 番

〒
代理人 住 所
氏 名 ⑩
電話 () 番
(請求人との関係)

つぎのとおり、審査請求をします。

被保険者 もしくは 被保険者 であった 者	住 所		「記号及び番号」欄に は、被保険者証・年金 手帳・年金証書の記号 番号を記入してくだ さい。
	(ふりがな) 氏 名		
	生 年 月 日	明治 昭和 大正 平成 年 月 日 生	
	記号及び番号	第 号	
	事業所名及び 所 在 地		電話 () 番
給付を受 けるべき 者	住 所		被保険者もしくは被 保険者であった者の 死亡にかかる給付に ついて、審査請求をす る場合にだけ記入し てください。
	(ふりがな) 氏 名		
	生 年 月 日	明治 昭和 大正 平成 年 月 日 生	
	死亡者との続柄		
原処分者	所 在 地		あなたが不服とする 処分をした保険者等 の代表者名を記入し てください。
	名 称	厚生労働大臣 日本年金機構理事長 (支部) (年金事務所) 全国健康保険協会理事長 (支部) 健康保険組合理事長 (健康保険組合 支部)	

		企業年金基金連合会理事長 厚生年金基金理事長 国民年金基金連合会理事長 国民年金基金理事長	
原処分があったことを知った日	平成 年 月 日	あなたが不服とする処分を知った日(その通知書をあなたが受け取った日)を記入してください。	
審査請求の趣旨および理由			あなたが、どんな処分を受けたので不服申立をするのか、その理由および社会保険審査官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ください。 (別紙に書いても結構です。)
添付資料	原処分の決定通知書の写し (※必ず添付してください) 例 「国民年金・厚生年金保険支給額変更通知書」「国民年金・障害基礎年金不支給決定通知書」「健康保険・傷病手当金不支給通知書」等		
添付資料 (その他)	1. 2.	文書等を証拠として提出する場合は、それぞれ名前を列記してください。	
委任状	この審査請求については(代理人)..... ㊟ を私の代理人にいたします。 審査請求人氏名..... ㊟ 平成 年 月 日 北海道厚生局社会保険審査官 殿		

- 注意事項
1. 代理人が審査請求をするときは、代理人の住所、氏名等を記載するとともに「委任状」欄にも記入してください。
 2. この審査請求は、あなたが原処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に社会保険審査官(地方厚生局内)に送付しないと、特別な事情がない限り審査をしてもらえないことになります。