**審　査　請　求　書**

様式第１号

**令和　　　年　　　月　　　日**

近畿厚生局社会保険審査官　様

|  |  |
| --- | --- |
| **請求人** | **住所又は居所**（**〒**　　　**－**　　　　） |
|  | **所在地**  |
| **氏名又は名称** |  |
| **電　　　　話**　　　　　 （ 　　　　 ）　　　　　 　**番** |
| **代理人** | **住所又は居所**（**〒　　　－**） |
|  | **所在地**  |
|  | **氏　　　　名** |
| **電　　　　話**　　　　　 （ 　　　　 ）　　　　　 　**番** |
| （**請求人との関係**：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

次のとおり、審査請求をします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **⑴**被保険者もしくは被保険者であった者 | 住所又は居所 | （〒－） |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 大正　　昭和　　平成 | 年　月　日 生 |
| 記号及び番号 |  |
| 事業所名及び所在地 | 電話　　　　　（　　　　　） |
| **⑵**給付を受けるベき者 | 住所又は居所 |  |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 大正　　昭和　　平成　　令和 | 年　　　 月　　　 日 生 |
| 死亡者との続柄 |  |
| **⑶**原処分者 | 所在地 |  |
| 保険者等の名称 | ※　該当番号に○をつけてください１　厚生労働大臣２　日本年金機構理事長（事務所名：　　　　　　　　　　 　 ）３　全国健康保険協会支部長（支部名：　　　 　　　　 　　　）４　健康保険組合理事長（組合名：　　　 　　　　　　　　　 　）５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） |
| **⑷**　原処分があったことを知った日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| **※ 請求人が法人であるときは、代表者の資格を証する書面（登記事項証明等）を添付してください。** |
| **⑸**審査請求の趣旨及び理由 | **【不服の内容（どのような処分を受けたのですか）】****【審査請求でどのような決定を望みますか】** |
| **⑹**添付資料〔任意〕 | １　 |
| ２　 |
| ３　 |
| **⑺**委任状 | この審査請求については（代理人氏名）　　　　　　　　　　を私の代理人にいたします。審査請求人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和  年  月  日近畿厚生局社会保険審査官　様 |

【注意事項】

１　代理人が審査請求するときは、代理人の住所又は居所、氏名等を記入するとともに、⑺の「委任状」欄にも記入してください。

２　この審査請求書は、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３月以内に社会保険審査官（近畿厚生局内）に送付しないと、特別な事情がない限り審査をすることができません。審査請求が遅れた正当な理由（特別な事情）がある場合は、⑸の「審査請求の趣旨及び理由」欄にその理由を記載してください。

３　原処分者から送付された**処分の決定通知書（写）を添付**してください。

**ＨＰ**

≪処分の決定通知書の裏面に記載がある場合は、**両面とも添付が必要**です。≫