

(様式1)

審査請求書

東海北陸厚生局社会保険審査官 殿

平成 年 月 日

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
氏 名

電話 () 番

(請求人との関係)

つぎのとおり、審査請求します。

| | | | |
|-------------------------------|---------------|--|--|
| 被保険者 もしくは 被保険者 であった者 | 住 所 | | 「記号および番号」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 | | |
| | 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 (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) | |

| | | |
|--------------------|--|--|
| 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あなたが知った日（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てをするのか、その理由および社会保険審査官にどのような決定をしてもらいたいかを、なるべくくわ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 | 1. 2. 3. | ここには診断書等を証拠として提出するときに、それ等の文書や物件の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 _____ を 私の代理人にいたします。 _____ 審査請求人氏名 _____ 印 平成 年 月 日 東海北陸厚生局社会保険審査官 殿 | |

- 注意 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（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となります。
3. 処分の決定通知書（写）を添付してください。