

## 審査請求書

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。

(1) 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	
(2) 給付を受け るべき者	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	
(3) 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 ( )
(4) 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。

