令和　　年　　月　　日

　高知県国民健康保険審査会　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　審査請求人　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　－　　　－　　　）

**審　査　請　求　書**

　次のとおり、審査請求をします。

1. 被保険者の氏名、住所、生年月日並びに被保険者証の記号及び番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 住　　所 |  |
| 生年月日 |  | 保険証の記号及び番号 |  |

２．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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険給付を受けるべき者の氏名 |  | 住　　所 |  |
| 生年月日 |  | 被保険者との関係 |  |

３．本件通知を受けた日（処分があったことを知った日）

|  |
| --- |
| 令和　　年　　月　　日 |

４．審査請求に係る処分内容

|  |
| --- |
|  |

５．審査請求の趣旨、理由、内容等について（書ききれない場合は別紙に記入。様式不問。）

|  |
| --- |
|  |

６．審査請求の教示の有無及び内容

|  |
| --- |
| 審査請求の教示の有無（該当する方に○を記入）：　　　　　有　　・　　無 |
| 審査請求の教示の内容： |

７．添付書類

|  |
| --- |
| 　　　 |