

審 査 請 求 書

令和 年 月 日

和歌山県後期高齢者医療審査会会長 様

審査請求人

代 理 人

次のとおり審査請求します。

1 審査請求人の氏名及び住所又は居所

ふりがな
(氏名)

(住所) 〒

(電話番号)

2 代理人の氏名及び住所又は居所

ふりがな
(氏名)

(住所) 〒

(電話番号)

3 被保険者の氏名、住所又は居所、生年月日及び被保険者証の番号

ふりがな
(氏名)

(年 月 日生)

(住所) 〒

(被保険者証の番号)

4 後期高齢者医療給付を受けるべき者の氏名、住所又は居所、生年月日及び被保険者との関係

ふりがな
(氏名)

(年 月 日生)

(住所) 〒

(被保険者との関係)

5 審査請求に係る処分の内容

6 審査請求に係る処分があったことを知った年月日

令和 年 月 日

7 審査請求の趣旨及び理由

(趣旨)

(理由)

8 処分庁の教示の有無及びその内容

9 備考

10 添付書類 (処分に関する決定通知書の写し等)