**再 審 査 請 求 書**

令和　　年　　月　　日

社会保険審査会　御中

私は下記のように社会保険審査官の決定を受けましたが、なお不服があるため再審査請求をします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 審査の決定をした社会保険審査官 | | | | | 厚生（支）局　　　　　　　　社会保険審査官 | | | |
| 社会保険審査官の決定年月日 | | | | | | | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 決定書の謄本が送付された年月日 | | | | | | | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 再審査請求をすることができる旨の教示の有無 | | | | | | | | あった　　　　　　　　なかった |
| 再審査請求の趣旨及び理由  (右のいずれかに○を付けてください。) | | | | | １．審査官に対して行った審査請求の趣旨及び理由と同じ。  ２．別紙（２枚目）［再審査請求の趣旨及び理由］に記載のとおり。 | | | |
| 再審査請求人 |  | |  | | | | | |
| 住　　所 | | 〒　　　－ | | | | | |
| 連絡先電話番号 | | | | | （　　　　） | | |
| ※　代理人が請求される場合、以下に記入の上、委任状を併せて提出してください。 | | | | | | | | |
| 代　 理　 人  代理人が複数いる場合は、代表者を記入してください。 | |  | |  | | | | |
| 住　　所 | | 〒　　　－ | | | | |
| 連絡先電話番号 | | | | | （　　　　） | |

以下の欄は、審査官からの決定書に記載されている内容と**異なる場合**のみ記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者、被保険者であった者  又は  受給権者、受給権者であった者  遺族年金、未支給給付、埋葬料等を請求した場合に、死亡された方のことを記入すること。 | 氏　　名 |  | | |
| 生年月日 | 明・大  昭・平・令　　 年　　 月　　 日 | 記号及び番号又は基礎年金番号 | |
|  | |
| 住　　所 | 〒　　　－ | | |
| 事業所名  所在地 |  | | |
| 給付を受けるべき者  遺族年金、未支給給付、埋葬料等を請求した場合に、請求された方のことを記入すること。 | 氏　　名 |  | | |
| 生年月日 | 明・大  昭・平・令　　 年　　 月　　 日 | 死亡者との続　　　 柄 |  |
| 住　　所 | 〒　　　－ | | |
| 原処分者 | 名　　称  所 在 地 |  | | |
| 原処分があったことを知った年月日 | | 令和　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | |

別　紙

|  |
| --- |
| **再審査請求の趣旨及び理由**  （注１）なるべく簡潔に記入してください。箇条書きでも結構です。  （注２）再審査請求が再審査請求期間を過ぎた場合は、請求が遅れた理由も記載してください。 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |