

記載例

再審査請求書

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	〇〇 厚生(支)局 〇山△夫 社会保険審査官		
社会保険審査官の決定年月日	令和〇年〇月〇〇日		
決定書の謄本が送付された年月日	令和〇年〇月〇〇日		
再審査請求をすることができる旨の教示の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかつた		
再審査請求の趣旨及び理由 (右のいずれかに〇を付けてください。)	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 氏名	保 け ン 太 郎		
生年月日	明・大 昭・平・令 〇〇年〇月〇日	基礎年金番号又は記号及び番号 ××××-××××××	
住所	〒100-0000 〇〇県△△市○○町1-2-3 □□マンション△△号室		
連絡先電話番号	090 (098) 7654		

※ 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。)	氏名	シ カ キ ハ ナ コ	
	住 所	〒100-0000 〇〇県△△市△△町4-5-6 □□□事務所	
	連絡先電話番号	012 (345) 6789	

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	〒 -		
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 名所 在地				
原処分があつたことを知つた年月日	令和 年 月 日			

再審査請求書を送付する
日付を記入してください。

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。

厚生労働大臣が令和〇年〇月〇日付けで障害基礎年金を支給しない旨の処分の取り消し
を求めます。

(理由)

- ・請求人の障害認定日時点での障害の状態は、〇〇病院の□□医師の令和〇年〇月〇日付け
診断書によれば、障害等級2級に該当することは明らかです。
- ・したがって、請求人の障害の状態は障害等級1級・2級に該当しないとして、厚生労働大臣
がした不支給処分は誤りですので、取り消されるべきです。

審査官の「決定書」の最後の方に記載がありますので、
確認の上、記入してください。

1又は2のいずれかに必ず〇を付けてください。

再審査請求する方の氏名等を記入してください。

2に〇を付けた場合は、別紙(2枚目)「再審査請求の趣旨及び理由」
を記入してください。書ききれない場合は、別紙(様式自由)で追加して
ください。保険者が、厚生労働大臣・日本年金機構の場合は、基礎年
金番号を記入、全国健康保険協会・健保組合の場合は、健
康保険の被保険者記号・番号を記入してください。住所(生活の本拠である場所)がない場合は、居所
(継続して居住している場所)を記入してください。代理人を選任する場合は、
代理人の氏名等を記入してください。代理人を選任する場合は、「委任状」も併せて
提出してください。審査官の「決定書」に記載されている内容と
同じ場合は、記入する必要はありません。