**審 査 請 求 書**

令和　　年　　月　　日

社会保険審査会　御中

　私は下記の原処分に不服があるため、次のとおり審査請求をします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 原 処 分 を受 け た 者 | フ リ ガ ナ氏　　名 (法人の場合は名称) |  |
|  |
| 住　　所 | 〒　　　－ |
| 原 処 分 者処分をした年金事務所、健康保険組合等 | 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 |
| 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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 審査請求人 | フ リ ガ ナ氏　　名(法人の場合は名称) | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 住　　所 | 〒　　　－ |
| 連絡先電話番号 | 　　　　　（　　　　） |
| 法人の代表者の | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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、委任状と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。 | フ リ ガ ナ氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 住　　所 | 〒　　　－ |
| 連絡先電話番号 | 　　　　　（　　　　） |

（添付書類）　※　原処分の処分通知書の写しを添付してください。

※　審査請求人が法人であるときは、代表者の資格を証する書面（登記事項証明書等）を添付してください。

別　紙

|  |
| --- |
| **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）審査請求が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。 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |