

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	()
	フリガナ 法人の代表者の氏名	
	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。

