

審 査 請 求 書

年 月 日

鹿児島県後期高齢者医療審査会会長 殿

審査請求人（代理人）

氏 名

次のとおり審査請求します。

①審査請求人 (被保険者)	住 所 又 は 居 所	〒 (電話番号)				
	氏 名					
	生 年 月 日	年	月	日	年齢	歳
	被保険者記号・番号	記号		番号		
②代理人	住 所 又 は 居 所	〒 (電話番号)				
	氏 名					
③保険給付を 受けるべき者	住 所 又 は 居 所	〒				
	氏 名					
	生 年 月 日	年	月	日	年齢	歳
	被 保 険 者 と の 関 係					
④審査請求に係る処分の内容		(通知番号)				
⑤処分があったことを知った日		年 月 日				
⑥審査請求の 趣旨						
⑦審査請求の 理由						
⑧処 分 庁 の 教 示 の 有 無 及びその内容	(有 ・ 無)					
⑨添付書類等						

※審査請求書は、正副2通必要となります。