

審 査 請 求 書

令和 年 月 日

東京都国民健康保険審査会会長 殿

審査請求人
代 理 人

次のとおり審査請求します。

審査請求人の氏名、住所又は居所

[氏名]

[住所又は居所] 〒

[電話番号]

代理人の氏名、住所又は居所

[氏名]

[住所又は居所] 〒

[電話番号]

被保険者の氏名、住所又は居所、生年月日、被保険者の記号及び番号

[氏名]

(年 月 日生)

[住所又は居所] 〒

[被保険者の記号及び番号]

[保険者名]

保険給付を受けるべき者の氏名、住所又は居所、生年月日、被保険者との関係

[氏名]

(年 月 日生)

[住所又は居所] 〒

[被保険者との関係]

審査請求に係る処分の内容

審査請求に係る処分があったことを知った年月日

令和 年 月 日

審査請求の趣旨及び理由

[趣旨]

[理由]

処分庁の教示の有無及びその内容

添付書類