令和　　年　　月　　日

福岡県国民健康保険審査会長　殿

審査請求人

（上記代理人　　　　　　　　　　　　　）

審　査　請　求　書

国民健康保険法第９１条の規定により審査請求します。

１　審査請求人の氏名等

住　　所　（〒　　　　　　　）

生年月日（年齢）昭和・平成　　　　年　　　月　　　日（　　　歳）

電話番号

２　代理人の氏名等（代理人を立てるときのみ記載。委任状の添付が必要。）

住　　所　（〒　　　　　　　）

電話番号

３　被保険者の氏名等（審査請求の対象となる保険給付を受ける方が審査請求人以外のとき記載。）

住　　所　（〒　　　　　　　）

生年月日（年齢）　昭和・平成・令和　　　　年　　　月　　　日（　　　歳）

　被保険者証の記号番号

４　審査請求に係る処分

令和 　 年 　月 　 日付けで審査請求人に対して

が行った 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 　　　　　　　　 　処分

５　審査請求に係る処分があったことを知った日

令和　　　年　　　月　　　日

６　審査請求の趣旨（どのような裁決を求めるかを記載。）

７　審査請求の理由（別紙を作成しても差し支えありません。）

８　処分庁の教示の有無及びその内容

９　添付書類