

〈 審 査 請 求 書 記 入 例 〉

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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 查 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 〒000-0000
000市00区00000000000000000000

ふりがな
氏 名 ○○ ○○

生年月日（年齢） 昭和・平成 〇〇年〇〇月〇〇日生（〇〇歳）

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

2 代理人の氏名等（代理人を立てる場合のみ記載。委任状の添付が必要。）

住所

ふりがな氏名

電話番号

保険料の決定に不服がある場合
の一般的な記載例です。

3 審査請求に係る処分

令和〇〇年〇〇月〇〇日付けで 審査請求人に対して、 〇〇市〇〇区長
が行った 令和〇〇年度 国民健康保険料 賦課 処分

4 処分があったことを知った日
令和〇〇年〇〇月〇〇日

処分があったことを知った日を記載してください。
通常は通知が郵送で届いた日です。

5 審査請求の趣旨（どのような裁決を求めるかを記載）

上記の審査請求に係る処分を取り消す、との裁決を求める。

6 審査請求の理由

審査会で審理、判断を行う上で最も重要な事項となりますので、今回、あなたが取り消しを求める処分において、処分庁（市町村、後期高齢者医療広域連合等）が行った手続きや判断のどの点に誤りがあるのか、また、なぜそのように考えるのかなどを、できる限り具体的に記入してください。

7 処分庁の教示の有無及びその内容

「処分があったことを知った日の翌日から起算して三月以内に福岡県国民健康保険審査会に対して審査請求することができる」との教示がありました。

保険料の決定通知書に同様の記載
があると思います。

8 添付書類

- ・令和〇〇年度国民健康保険料決定通知書の写し

可能であれば処分庁が行った処分（決定）通知書の写しの添付をお願いします。

〈 審査請求書の記入について 〉

審査会は、処分に違法または不当な点があるかどうかを審査の上、処分を取り消すべきか否かを判断します。

審査請求書のご記入にあたっては、下記の点についてご注意ください。

「審査請求に係る処分」

審査請求の対象とする処分が特定できるように、下記の点を必ず記載してください。

- ①いつ（例：「令和〇〇年〇〇月〇〇日付で」）
- ②誰が行った（例：「〇〇市〇〇区長」）
- ③どのような内容の処分（例：「保険料の賦課処分」）

なお、審査請求は、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内にしなければならぬこととされていますので、この点にご留意ください。

【注意】次の例は、審査請求の対象となりませんので、ご注意ください。

- ・ 審査請求対象となる処分が行われていないもの
- ・ 制度や法令・条例等で定められている内容の適法性・妥当性に意見するもの
- ・ 保険者の対応（説明誤り、説明不足等）に意見するもの

「処分があったことを知った日」

審査請求の対象とする処分があったことを知った日を記載してください。一般的には、処分の通知が送られてきた日です。

「審査請求の趣旨」

どのような裁決を求めるかを記載してください。処分の取消しを求める場合は、「上記の審査請求に係る処分を取り消す、との裁決を求める」と記載してください。

「審査請求の理由」

処分のどの点が違法・不当なのか、その理由を具体的に記載してください。別紙を作成しても差し支えありません。

「処分庁の教示の有無及びその内容」

処分が行われた際、審査請求について教示があったかどうか、あった場合はどのような内容だったか記載してください（処分の決定通知書に記載があると思いますので、その内容を記載してください。）。

「添付書類」

処分庁が行った処分（決定）通知書の写しの添付をお願いします。

（例 保険料決定通知書の写し）

○提出部数等

審査請求書は **2通** 提出してください。

○提出先

〒812-8577 福岡市博多区東公園7-7

福岡県庁医療保険課内 福岡県国民健康保険審査会

その他、ご不明の点がございましたら、福岡県保健医療介護部 医療保険課 保険指導係
TEL092-643-3252 まで、お問い合わせください。