審　査　請　求　書

　　年　　月　　日

沖縄県後期高齢者医療審査会会長　殿

審査請求人 住　　所

ふりがな

氏　　名

生年月日　　　年　 月　 日(　 歳)

電話番号　　　　－　　　－

被保険者番号

代　理　人 住　　所

ふりがな

氏　　名

電話番号　　　　－　　　－

１　審査請求に係る処分の内容

※　処分の内容が分かる書類（決定通知書等）の写しを添付すること

２　審査請求に係る処分があったことを知った日（通知を受け取った日）

　　　　　　　年　　月　　日

３　審査請求の趣旨（どのような裁決を求めるかを記載。）

４　審査請求の理由

５　処分庁の教示の有無 　　有　・　無 　（○で囲む）

６　処分庁の教示の内容

(別紙)

４　審査請求の理由

【連絡先】

氏名：

電話番号：