

様式第 1 号

平成 年 月 日

鳥取県後期高齢者医療審査会会長 様

審査請求人	(印)
審査請求人代理人	(印)

審 査 請 求 書

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 5 7 年法律第 8 0 号）第 1 2 8 条の規定により、次のとおり審査請求します。

1 被保険者	氏名		住所	電話 () -
	生年月日	明・大・昭 (満 歳) 年 月 日	被保険者証の番号	
2 審査請求人 (被保険者以外の場合に記入)	氏名		住所	電話 () -
	生年月日		被保険者との関係	
3 代理人	氏名		住所 (所在地)	電話 () -
4 審査請求に係る処分				
5 審査請求に係る処分があったことを知った年月日			平成 年 月 日	
6 審査請求の趣旨				
7 審査請求の理由 (別紙に記載も可)				
8 処分庁の教示の有無及び教示内容	【教示の有無 (有、無)】			
9 添付書類				

- 注 1 審査請求書は、正副 2 部提出すること。
2 審査請求書には、押印すること。