

(様式1)

審査請求書

地方厚生局社会保険審査官 殿

平成28年 5月13日

請求人 住所または所在地 _____
 氏名または名称 _____
 電話 _____ 番

代理人 住所 _____
 氏名 _____
 電話 (_____ 番
 (請求人との関係 _____)

つぎのとおり、審査請求します。

柔道整復師(施術者)

被保険者 もしくは 被保険者 であった者	住所	_____	「記号および番号」欄 には、被保険者証・年金 手帳・年金証書の記号番 号を記入してください。
	ふりがな 氏名	_____	
	生年月日	明治 <u>昭和</u> 大正 平成	
	記号及び番号	_____	
	事業所名 及び所在地	日本国工労発 健康保険組合 東京都港区赤坂 4-9-9 赤坂4丁目	
給付を受け るべき者	住所	_____	被保険者もしくは被保 険者であった者の死亡に かかる給付について、審査 請求をする場合にだけ記 入してください。
	ふりがな 氏名	_____	
	生年月日	明治 <u>昭</u> 大正 平	
	死亡者との続柄	_____	
原処分者	所在地	_____	あなたが不服とする処 分をした保険者等の代表 者を記入してください。
	名称	厚生労働大臣 日本年金機構理事長 (_____ 年金事務所) 全国健康保険協会理事長 (_____ 支部) ○日本国工労発 健康保険組合理事長 (_____ 健康保険組合 支部)	

