

審 査 請 求 書

令和 年 月 日

東京都後期高齢者医療審査会会長 殿

審査請求人
代 理 人

次のとおり審査請求します。

審査請求人の氏名、住所又は居所

〔氏名〕

〔住所〕 〒

〔電話番号〕

代理人の氏名、住所又は居所

〔氏名〕

〔住所〕 〒

〔電話番号〕

被保険者の氏名、住所又は居所、生年月日、被保険者の番号

〔氏名〕 (年 月 日生)

〔住所〕 〒

〔被保険者の番号〕

〔処分庁名〕

後期高齢者医療給付を受けるべき者の氏名、住所又は居所、生年月日、被保険者との関係

〔氏名〕 (年 月 日生)

〔住所〕 〒

〔被保険者との関係〕

審査請求に係る処分の内容

審査請求に係る処分があったことを知った年月日

令和 年 月 日

審査請求の趣旨及び理由

[趣旨]

[理由]

処分庁の教示の有無及びその内容

添付書類