審　査　請　求　書

令和　　年　　月　　日

　沖縄県国民健康保険審査会会長　殿

審査請求人　住　　所

ふりがな

氏　　名

生年月日

電話番号

被保険者証の記号・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）の写しを添付してください。

２　審査請求に係る処分があったことを知った日

　　令和　　　年　　　月　　　日

３　審査請求の趣旨

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