審　査　請　求　書

　　年　　月　　日

石川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

２　審査請求に係る処分があったことを知った日

　　　　　　　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及びその内容

６　添付書類（処分に関する決定通知書の写し等）