審　査　請　求　書　（記　載　例）

令和３年　１１月　１日

沖縄県後期高齢者医療審査会会長　殿

審査請求人　住　　所 沖縄県那覇市泉﨑１－２－２

 ふりがな　　 おき　こうたろう

氏　　名 　　沖　後太郎

生年月日 昭和１５年６月30日(８０歳)

電話番号　 ０９０－１２３４－××××

被保険者番号　○○○○○○○○

代　理　人　住　　所沖縄県うるま市石川石崎1-1

ふりがな　　 なわ　たかこ

氏　　名　　縄　高子

電話番号　０９０－５６７８－××××

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）の写しを添付すること

令和３年に沖縄県後期高齢者医療広域連合が決定した

「令和３年度後期高齢者医療保険料額減免却下」処分

２　審査請求に係る処分があったことを知った日（通知を受け取った日）

　　　　　 令和　３年　１０月　１６日

３　審査請求の趣旨（どのような裁決を求めるかを記載。）

１　に記載した処分の取り消しを求める。

４　審査請求の理由　※この欄に収まらない場合は、（別紙）を御活用ください。

　　　減免却下理由を、沖縄県後期高齢者医療に関する条例第１８条第１項から第５号のいずれにも該当しないためとしているが、本件処分は、………に該当するため、〔○○法第○条の規定に違反するため、〕本件処分の取り消しを求める。

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

「この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に、沖縄県後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。」との教示があった。