

審 査 請 求 書（ 正 ・ 副 ）

令和 年 月 日

（宛先）

滋賀県後期高齢者医療審査会長

審査請求人 住所

ふりがな

氏名

連絡先（電話）

被保険者番号

次のとおり審査請求します。

1 審査請求に係る処分の内容

2 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

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およびその内容

（1）処分庁の教示の有無 ☒ 有 ・ 無

（2）処分庁の教示

「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、滋賀県の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。」

6 添付書類等