

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 ○○市○○町××番地××
氏名 滋 賀 太 郎
連絡先（電話） 012-345-6789
被保険者証の記号および番号
記号（ 滋○ ） 番号（ 1 2 3 4 5 6 7 ）

次のとおり審査請求します。

保険給付に関する処分の
場合のみ記載が必要です。

1 審査請求に係る処分の内容

令和3年3月20日付けで滋賀県後期高齢者医療広域連合長が行った○○に関する処分

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3年3月22日

3 審査請求の趣旨

審査請求に係る処分を取り消すとの裁決を求める。

4 審査請求の理由

- 私は、・・・・・・となったため、令和3年2月25日に○○連合長に・・・・・・を申請したところ、別添の却下通知書のとおり、この申請は却下された。
- 月○日に○○市を訪れたところ、担当職員は、その理由を・・・・・・のためと説明した。
- しかしながら、私は・・・・・・としており、また、・・・・・・であるから、○○市の担当職員が・・・・・・と判断したことは事実誤認である。
- したがって、本件処分は、・・・・・・であるから、○○○○法第○○条の規定に違反しており、違法な処分である。（本件処分は、・・・・・・の判断を誤った不当な処分である。）
- 以上の点から、本件処分の取消しを求める。

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場合は、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月以内に、滋賀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。」

6 添付書類等

(1) ○○○○却下通知書 1通