審　査　請　求　書　（記　載　例）

令和４年　７月２０日

石川県後期高齢者医療審査会会長　殿

審査請求人　住　　所 　石川県金沢市鞍月１－１

 ふりがな　　 いしかわ　たろう

氏　　名 　　石川　太郎 　㊞

生年月日 昭和17年4月1日(80歳)

電話番号　 090－1234－××××

被保険者番号 　○○○○○○○○

代　理　人　住　　所　　石川県金沢市鞍月東２－１

ふりがな　　 いしかわ　はなこ

氏　　名　　　石川　　花子　　㊞

電話番号 　090－5678－××××

１ 審査請求に係る処分

石川県後期高齢者医療広域連合が令和４年７月１日付けで審査請求人に対して

行った「令和４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４年７月１５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　に記載した決定処分の取り消しを求める。

４　審査請求の理由

　　　減免却下理由を、石川県後期高齢者医療に関する条例第１９条第１項から第５項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及びその内容

　　　有り

　　　「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、石川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。

６　添付書類（処分に関する決定通知書の写し等）