

再 審 査 請 求 書

平成 年 月 日

社会保険審査会 御中

私は下記のように社会保険審査官の決定を受けましたが、なお不服があるため再審査請求をします。

審査の決定をした社会保険審査官	厚生（支）局			社会保険審査官
社会保険審査官の決定年月日	平成	年	月	日
決定書の謄本が送付された年月日	平成	年	月	日
再審査請求をすることができる旨の教示の有無	あった		なかった	
再審査請求の趣旨及び理由 (右のいずれかに○を付けてください。)	1. 審査官に対して行った審査請求の趣旨及び理由と同じ。 2. 別紙（2枚目）[再審査請求の趣旨及び理由]に記載のとおり。			
再審査請求人	フリガナ 氏 名	印		
	住 所	〒 -		
	連絡先電話番号	()		

※ 代理人が請求される場合、以下に記入の上、委任状を併せて提出してください。

代 理 人 (代理人が複数いる場合は、代表者を記入してください。)	フリガナ 氏 名	印		
	住 所	〒 -		
	連絡先電話番号	()		

以下の欄は、審査官からの決定書に記載されている内容と異なる場合のみ記入してください。

被保険者、被保険者であった者 又は 受給権者、受給権者であった者 (遺族年金、未支給給付、埋葬料等を請求した場合に、死亡された方のことを記入すること。)	氏 名			
	生 年 月 日	明・大 昭・平 年 月 日	記号及び番号又は基礎年金番号	
	住 所	〒 -		
給 付 を 受 け る べ き 者 (遺族年金、未支給給付、埋葬料等を請求した場合に、請求された方のことを記入すること。)	氏 名			
	生 年 月 日	明・大 昭・平 年 月 日	死亡者との 続 柄	
	住 所	〒 -		
原 処 分 者	名 称 所 在 地			
原処分があったことを知った年月日	平成	年	月	日

