

再 審 査 請 求 書

平成 年 月 日

社会保険審査会 殿

私は下記のように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
審査官決定年月日	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（いずれかに○）	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（再審査請求の趣旨及び理由）に記載の通り。	

フリガナ

再審査請求人 氏名 _____ 印

〒

住所 _____
連絡先電話番号（ ） - （ ） - （ ）

フリガナ

代理人 氏名 _____ 印

〒

住所 _____
連絡先電話番号（ ） - （ ） - （ ）

委 任 状

平成 年 月 日

社会保険審査会 殿

この再審査請求については、 _____ を私の代理人にいたします。

再審査請求人氏名 _____ 印