

審査請求書

2024年 月 日

審査庁 大阪府介護保険審査会会長 様

審査請求人
氏名

次のとおり審査請求します。

1 審査請求人【原処分の名あて人たる被保険者】

住所	〒									
ふりがな						電話番号				
氏名						- -				
生年月日	年		月		日		(歳)			
被保険者証の番号 (10桁)										

2 審査請求に係る処分の内容

上記1の被保険者に対する「令和6年度介護保険料賦課徴収決定」処分

3 審査請求に係る処分があったことを知った年月日

2024年 月 日

4 処分庁の教示

有

5 教示の内容

「この通知書について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪府介護保険審査会に対し審査請求をすることができます。」との教示があった。

6 審査請求の趣旨

上記2に記載した処分を取り消すとの裁決を求める。

7 審査請求の理由

国民健康保険料（65歳～74歳）【2部作成してください】

審査請求書

2024年 月 日

大阪府国民健康保険審査会 会長 様

審査請求人 _____

次のとおり審査請求します。

1 審査請求人の氏名、住所及び生年月日

氏 名 _____

住 所 _____

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)

2 被保険者証の記号・番号

記号 () 番号 ()

3 審査請求にかかる処分

審査請求人にかかる 令和6年度国民健康保険料 賦課徴収決定処分

4 処分があったことを知った年月日 2024年 月 日

5 審査請求の趣旨及び理由

(趣旨) 3にかかる処分を取り消すことを求めます

(理由)

6 処分庁の教示の有無及びその内容

「この通知書について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に大阪府国民健康保険審査会に不服審査請求ができます」との教示があった。

後期高齢者医療保険料（75歳以上）【2部作成してください】

審査請求書

2024年 月 日

大阪府後期高齢者医療審査会 会長 様

審査請求人 _____

次のとおり審査請求します。

1 審査請求人の氏名、住所及び生年月日

氏 名 _____

住 所 _____

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日生（ 歳）

2 被保険者証の番号 被保険者番号（ _____ ）

3 審査請求にかかる処分

審査請求人にかかる令和6年度後期高齢者医療保険料 賦課決定処分及び徴収方法決定にかかる処分

4 処分があったことを知った年月日 _____ 2024 年 月 日

5 審査請求の趣旨及び理由

（趣旨） 3にかかる処分を取り消すことを求めます

（理由）

①75歳以上の者を差別し負担を課す保険料決定に納得できない

②本人に断りなしに徴収方法を一方的に決めることは納得できない

6 処分庁の教示の有無及びその内容

「この通知書について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に大阪府後期高齢者医療審査会に不服審査請求ができます」との教示があった。

委任状

(代理人)

住 所

氏 名

私は、上記の者を代理人と定め、介護保険料不服審査請求に関する一切の権限を委任します。

令和6年 月 日

(本人)

住 所

氏 名
