2025年6月13日

介護保険料など集団不服審査請求について

大阪社会保障推進協議会
全日本年金者組合大阪府本部
全大阪生活と健康を守る会連合会

平和とくらしを守る諸活動に活躍のことと存じます。

さて、6月～7月にかけて今年度の「介護保険料」、「後期高齢者医療保険料」、「国民健康保険料」の決定通知書が各市町村から送られてきています。

昨年改訂された第9期（2024～26年度）介護保険料は、大阪市が9,249円と全国一高くなったことをはじめ、守口市（2位）、門真市（3位）、松原市（5位）など、全国上位を大阪が占め、大阪府内加重平均は、全国47都道府県中もっとも高くなっています。

国民健康保険料も「統一国保」のもとで大幅な引き上げとなっています。

物価高騰が、生活苦に拍車をかけている中で、高い保険料は高齢者の生活をさらに苦しめるものとなっています。

こうした中で、高齢者の怒りの結集の手段である不服審査請求運動は重要な意義をもっています。

つきましては、下記のとおり不服審査請求運動を行いますので、是非、各団体・各地域で参加者を広げていただけますようお願い申し上げます。

記

- 日時 各市町村・行政区単位で日を決めて提出する
一斉提出ゾーン
2025年9月1日（月）～30日（火）

（注意）審査請求は保険料決定通知書が届いてから3カ月以内しかできません。通知日が早いところ自治体は早く提出日を設定してください。

2 ご協力いただきたいこと

- 65歳以上の方に介護保険料不服審査請求を呼びかけていただくこと
（後期高齢者料・国民健康保険料）
- 75歳以上の方には、後期高齢者医療保険料に対する不服審査請求も呼びかけていただくこと
- 65歳～74歳の方には国民健康保険料に対する不服審査請求もあわせて呼びかけていただくこと

※注意事項

- 審査請求書は「2部」必要です。印鑑は不要です。
- 保険料決定通知書の写しも「2部」添付するようにしてください。

介護保険料（65歳以上）

【2部作成してください】

審査請求書

_____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	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>—</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													—							
				—																	
〒																					
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7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

_____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

審査請求書

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7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 _____年 月 日

5 審査請求の趣旨及び理由

（趣旨） 3にかかると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。

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

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7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 _____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。