

### 後期高齢者医療障害認定撤回申請書

太枠の中を記入してください。

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号		個人番号		<input checked="" type="checkbox"/> 障害認定撤回
(フリガナ) 氏名				
生年月日	年 月 日			確認項目 <input type="checkbox"/> 外国人区分 有 <input type="checkbox"/> 住所地特例 有 <input type="checkbox"/> 減額認定証 有 <input type="checkbox"/> 特定疾病証 有 <input type="checkbox"/> 証交付 有
住所				
認定撤回の理由				
撤回年月日（注）	年 月 日			

広島県後期高齢者医療広域連合長 様  
上記のとおり、法第50条第2号の障害認定の撤回を申請します。  
年 月 日

（注）被保険者資格喪失日は、撤回年月日の翌日です。

被保険者証回収日	年 月 日		(備考)
システム入力者		システム確認者	

※広域連合決裁欄（以下は、記入しないでください）

課長	係長	係員

市区町受付印