

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	
(フリガナ) 氏名		
生年月日	年	月	日
住所			
認定撤回の理由			
撤回年月日	年	月	日
	※被保険者資格喪失日は、撤回年月日の翌日です。		
広島県後期高齢者医療広域連合長 様 上記のとおり、関係書類を添えて、法第50条第2号の障害認定の申請を撤回します。 年 月 日			

送付日	年 月 日	システム入力者	システム確認者	(受領サイン)
回収日	年 月 日			
種別	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> 資格喪失証明書		確認書類	マイカド・免許証・その他 ()
(備考) <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証の交付を受けている場合、特定疾病認定証明書の交付				(市区町受付印)