【記入例】

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。　　平成２１年１２月1日

窓口に来られた方	氏　　名 神石　太郎 連 絡 先 ０８４７－８９－３３３５	本人との関係 子

被保険者番号	※被保険者証を参照のうえ記入してください。不明な場合は，空白でかまいません。			☑障害認定撤回
（フリガナ） 氏　　名	ｼﾞﾝｾｷ　ﾀﾛｳ 神石　太郎			
生年月日	大正１５年１月１日	性別	男 ・ 女	
住　　所	神石郡神石高原町小畠２０２５番地			確認項目
認定撤回の理由	子が加入している医療保険の扶養になるため			□外国人区分　有 □住所地特例　有 □減額認定証　有 □特定疾病証　有 □証交付　有
撤回年月日（注）	平成２１年１２月１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項の障害認定の撤回を申請します。

平成２１年１２月１日

申請者　住　　所　神石郡神石高原町小畠２０２５番地

氏　　名　神石　太郎　　㊞

（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	平成　　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

2009. 11HP