

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 年 月 日

窓口に来られた方	氏名	本人との関係
	連絡先	

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	性別	男・女
住所			
認定撤回の理由	<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		
撤回年月日(注)	平成 年 月 日	確認項目	

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。

平成 年 月 日

申請者 住 所
氏 名

㊟

(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）

市区町受付印

課長	係長	係員