

第1号様式（第2条関係）

後期高齢者医療障害認定申請撤回書											
被 保 険 者	被保険者番号									
	氏 名			昭和 年 月 日生							
	居 住 地										
保 険 者 名 (保険者番号)		青森県後期高齢者医療広域連合									
		<table border="1"> <tr> <td>3</td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			3	9					
3	9										
<p>平成 年 月 日をもって高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号の規定による障害認定の申請を撤回します。</p> <p>青森県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 印</p>											
<p>(委 任 状)</p> <p>私は、 を代理人と定め、障害認定申請の撤回に関する権限を委任する。</p> <p>被保険者 住所 氏名 印</p>											