

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	男 ・ 女											
	居 住 地																			
保 險 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><td></td><td></td><td></td></tr></table>										3	9								
3	9																			
<p>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>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>																				