

後期高齢者医療障害認定撤回申請書

		申請日	年 月 日
被 保 険 者	被保険者番号		
	フリガナ		
	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	日生
	住 所		
<p>高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 8 条第 2 項の規定により障害認定の撤回を申請します。</p> <p style="text-align: right;">住 所 申請者 (居住地)</p> <p style="text-align: right;">氏 名 (自署の場合は押印不要) ⑩</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p>(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長</p>			

※ 以下の欄は記入しないでください。

市町村処理欄	資格喪失年月日	年 月 日
--------	---------	-------