

後期高齢者医療被保険者資格認定撤回申請書

被 保 険 者	被保険者番号									
	氏 名									
	生 年 月 日	昭和 年 月 日								
	住 所									
障害認定撤回日		平成 年 月 日								
<p>熊本県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>私は、高齢者の医療の確保に関する法律第50条第1項第2号の障害認定を受けていましたが、後期高齢者医療制度における障害認定及び被保険者資格を平成 年 月 日付で撤回申請いたします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住 所 _____</p> <p>氏 名 _____ (印)</p> <p>(代理人)</p> <p>住 所 _____</p> <p>氏 名 _____ (印)</p> <p>被保険者との関係 _____</p> <p>連絡先電話番号 _____</p>										