

後期高齢者医療障害認定申請撤回申請書

被 保 険 者	被保険者番号																
	氏 名					昭和 年 月 日生				男 ・ 女							
	居 住 地																
保 険 者 名 (保険者番号)		埼玉県後期高齢者医療広域連合 <table><tr><td>3</td><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								3	9						
3	9																
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 高齢者の医療の確保に関する法律第 5 0 条第 2 号の規定による障害認定について、当該認定の申請を 年 月 日をもって撤回することを申請します。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名																	