

様式第3号（第3条関係）

【記入例】 後期高齢者医療障害認定撤回申請書

太枠の中を記入してください。

届出者名	神石 太郎	本人との関係	本人
届出者住所	神石郡神石高原町小畠 1 7 0 1 番地	連絡先電話番号	0 8 4 7 - 8 9 - 3 3 3 5

被保険者番号		個人番号	
※保険情報の分かるものを参照のうえ記入してください。不明な場合は、空白でかまいません。		1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4	
(フリガナ)	ジンセキ タロウ		
氏 名	神石 太郎		
生 年 月 日	昭和 1 0 年 1 月 1 日		
住 所	神石郡神石高原町小畠 1 7 0 1 番地		
認定撤回の理由	子が加入している医療保険の扶養になるため		
撤回年月日	令和〇年〇月〇日 ※被保険者資格喪失日は、撤回年月日の翌日です。		
広島県後期高齢者医療広域連合長 様 上記のとおり、関係書類を添えて、法第50条第2号の障害認定の申請を撤回します。 令和〇年〇月〇日			

送付日 年 月 日	システム入力者	システム確認者	(受領サイン)
回収日 年 月 日			
種 別 ☐ 資格確認書 ☐ 資格情報通知書 ☐ 資格喪失証明書			確認書類 マイナンバーカード・免許証・その他 ()
(備考) ☐ 特定疾病療養受療証の交付を受けている場合、特定疾病認定証明書の交付			市区町受付印