

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 険 者 名 (保険者番号)		青森県後期高齢者医療広域連合							
		3	9						
<p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">青森県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 氏名 印</p>									
<p style="text-align: center;">(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 style="text-align: center;">被保険者 住所 氏名 印</p>									