

受 付 日

様式第6号

障害申請及び認定に係る撤回届

年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

届出者 住所
 氏名
 電話番号 (- -)
 被保険者との続柄 ()

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、後期高齢者医療制度の被保険者として認定の撤回を希望しますので、お届けします。

○ 後期高齢者被保険者

被保険者番号															
個人番号															
フリガナ												生年月日	年 月 日		
氏名												生年月日	年 月 日		
住所	〒 -														

資格喪失日
年 月 日
備考
<input type="checkbox"/> 喪失後の保険加入状況等
()
<input type="checkbox"/> 保険料還付等説明
()

受付者名	証回収	処 理
	<input type="checkbox"/> 必要 年 月 日回収 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 喪失日入力