

撤回届記入見本

受付日

様式第6号

障害申請及び認定に係る撤回届

令和7年12月25日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

届出者は実際に手続きを
される方の氏名等をご記
入ください

届出者 住所 大阪府中央区常盤町1丁目3番8号
氏名 広域 花子
電話番号 (06 - 4790 - 2028)
被保険者との続柄 (妻)

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

個人番号は漏れなくご記入ください

被保険者番号	9	9	9	9	9	9	9						
個人番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
フリガナ	コウイキ タロウ								生年月日		昭和24年 1月 1日		
氏名	広域 太郎												
住所	〒540-0028 大阪府中央区常盤町1丁目3番8号												

受付者名 証明書 加 理
最短の喪失日は届出日の翌日です
届出日当日・遡及での喪失はできません

☐ 不要

資格喪失日

令和8年1月1日

備考

☐ 喪失後の保険加入状況等

(

記載不要

☐ 保険料滞付等説明

(

○被保険者本人以外が手続きされる場合は、代理権が授与されていることを確認しますので、撤回届と併せて委任状を提出してください。
○手続き時に本人確認書類等の提示が必要です