受　付　日

この届出書は、障害者手帳の撤回ではなく、老人保健制度の障害認定を後期高齢者医療制度へ移行しない届出書です。

障害申請及び認定にかかるみなし規定の撤回届　　平成１９年度用

平成　　年　　月　　日

大阪府後期高齢者医療広域連合長　様

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附則第３７条第２項の規定による後期高齢者医療制度の被保険者としての認定申請の撤回を希望しますので、お届けします。

○　後期高齢者医療制度

フリガナ		生年月日	昭和　　年　　月　　日
氏　名			
住　所	〒　　―		

○　老人保健制度

市町村番号								
受給者番号								

※　以下市町村記入欄

保険者番号								
被保険者番号								

受付者名	証回収	処　理
	□必要 年　月　日回収 □不要	□喪失日入力 □老健情報提供から除外

資　格　喪　失　日
平成２０年　４月　１日
備考 □　本体保険加入状況等 （　　） □　保険料還付等説明 （　　）