令和　　　年　　　月　　　日

山口県後期高齢者医療審査会　会長　様

　　　　　　　　　　　　（審査請求人・代理人）

住所：

　　　　　　　　　　　　　　氏名：

（記名押印又は署名）

取　　　下　　　書

　私は、令和　　年　　月　　日付けで提起した後期高齢者医療に関する審査請求を取り下げます。