令和　　　年　　　月　　　日

山口県国民健康保険審査会　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　　日付けで提起した国民健康保険に関する審査請求を取り下げます。