

後期高齢者医療 { 被保険者証
 限度額適用・標準負担額減額認定証 } 再交付申請書
 特定疾病療養受療証

申請(届出)者名		被保険者との関係	
申請(届出)者住所		電話番号	

被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	明・大・昭	年 月 日
	住所		
申請の理由			
<p>(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長</p> <p>上記のとおり、</p> <p>被保険者証、限度額適用・標準負担額減額認定証、特定疾病療養受療証</p> <p style="text-align: right;">の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>			
本人確認	被保険者証 その他()	代理人確認	被保険者証 その他()