

資格確認書
資格情報のお知らせ
特定疾病療養受療証

資格確認書 資格情報のお知らせ 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			
(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長 上記のとおり、 資格確認書、資格情報のお知らせ、特定疾病療養受療証 の再交付を申請します。 年 月 日			
本人確認	マイナンバーカード・運転免許証・資格確認書・介護保険証・その他()		
代理人確認	マイナンバーカード・運転免許証・資格確認書・介護保険証・その他()		