

後期高齢者医療限度額適用認定証再交付申請書

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	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、限度額適用認定証の再交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p>			