

第29号様式の2（第22条関係）

後期高齢者医療特定疾病療養受療証再交付申請書

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、特定疾病療養受療証の再交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p>			