

後期高齢者医療被保険者証再交付申請書

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、被保険者証の再交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p>			