

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額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				
（宛先）京都府後期高齢者医療広域連合長 上記のとおり、限度額適用・標準負担額減額認定証の再交付を申請します。 年 月 日				