

後期高齢者医療資格確認書（資格情報のお知らせ）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 上記のとおり資格確認書（資格情報のお知らせ）の再交付を申請します。 年 月 日				