

第 2 9 号様式の 2 （第 2 2 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<br>保<br>険<br>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> |      |                 |      |  |