

様式第5号（第9条関係）

寡婦等医療費受給資格変更（喪失）届出書兼再交付申請書

下記のとおり届けます。

年 月 日

都城市長 あて

住所 都城市

氏名

電話番号（ ） ー

助成対象者番号					
住所変更	新	都城市			
	旧	都城市	変更年月日	年 月 日	
氏名変更	新				
	旧		変更年月日	年 月 日	
再交付	理由		再交付年月日	年 月 日	
喪失	理由		喪失年月日	年 月 日	
口座変更		銀行名	本・支店名	口座番号	口座名義人（カタカナ）
	新				
	旧				
加入保険	保険種類	国・国組・協・健・共・日・船		保険者番号	
	記号番号			電話番号	
	被保険者名			資格取得日	年 月 日

※入力（ / 済） 資格証（ / 手書修正済・ / 手渡済・ / 郵送済）
（後日郵送）