

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 印

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）