様式第２号（第２条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | えびの市寡婦医療受給資格証 | | | | |  |
|  | 受給資格証 | 番号 | |  | |  |
| 氏名 | |  | |
| 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | |
| 住所 | | えびの市大字 | |
| 備考 | |  | |
| 有効期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | | 確認印 |
| 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | | 確認印 |
| 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | | 確認印 |
| 市長名及び印 | | えびの市長 | | |
| 交付年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| 注意事項  １　医療機関等で医療を受けるときは、国民健康保険証と一緒に窓口に提出してください。  ２　次の事由が生じたときは、必ず届け出てください。  (１)　生活保護法による保護を受けるようになったとき。  (２)　住所・氏名を変更したとき。  (３)　受給資格者が死亡したとき。  (４)　国民健康保険以外の被保険者になったとき。  (５)　受給資格者証を破損又は亡失したとき。  (６)　扶養義務者と生計を共にすることになったとき。 | | | | |