様式第４号（第５条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 寡婦医療費受給資格変更届  　　　　年　　月　　日  （宛先）えびの市長  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出人  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印 | |
| 受給資格者証番号 |  |
| 変更事項名 | 変更前 |
| １　住所  ２　加入医療保険  (１)　被保険者名  (２)　保険者名  (３)　記号番号  (４)　附加給付の内容  ３　その他（　　　　　　　） |  |
| 変更後 |
|  |
| 変更年月日 | 年　　月　　日 |

（注）この届には、受給資格証、保険証等を持参すること。