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。