

様式第5号(第9条関係)

母子・父子等医療費受給資格変更(喪失)届出書兼再交付申請書

下記のとおり届け出ます。

年 月 日

都城市長 宛て

住所 都城市

氏名

電話番号 () —

受給資格証番号					
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(政)・健・共・日・船		保険者番号	
	記号番号			個人番号	
	被保険者名			資格取得日	
勤務先	名称			年 月 日	
	所在地			電話番号	

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