様式第10号（第9条関係）

|  |
| --- |
| 特別医療費に関する資格内容変更届日南町長　　　　殿 |
| 変更理由 |  |
|  | 変更年月日　　　年　　月　　日から |
| 区分 | 新 | 旧 |
| 受給資格者 | 受給資格証記号番号 |  |  |
| 氏名 |  |  |
| 住所 |  |  |
| 加入医療保険 | 被保険者(組合員)名 |  |  |
| 受給資格者との続柄 |  |  |
| 被保険者勤務先 |  |  |
| 勤務先所在地 |  |  |
| 保険証記号番号 |  |  |
| 保険者名 |  |  |
| 同上所在地 |  |  |
| 保険（附加）給付の状況 |  |  |
| 上記のとおり変更したので届け出します。　　　　年　　月　　日住所　　　　　　　　　　届出人氏名　　　　　　　　　㊞受給資格者との続柄　　　　 |

(注)　1　この届出には特別医療費受給資格証を添付してください。

2　記名押印に代えて署名することができます。