**医療費受給資格喪失届**

年　　　月　　　日

由仁町長　様

届出者　　　 住所

氏名 　　 　　　　　　　　　　　 　印

受給者との続柄

電話番号

次の理由により、医療費受給資格が喪失しましたので届出します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 由仁っ子医療 | | | | |
| 受給対象者 | 住所 |  | | | |
| 受給者番号 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |
| 理由 | １　他市町村へ転出（転出先　　　　　　　　）  ２　生活保護の受給開始  ３　他制度該当  ４　死亡  ５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 発生日 | 年　　　月　　　日 | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 担　　当　　処　　理　　欄 | | | | |
| 受給者番号 |  |  |  |  |
| 氏名 |  |  |  |  | 受　付　印 |
|  |
| 証回収 | 済　・　未 | 済　・　未 | 済　・　未 | 済　・　未 |
| 喪失日 | 年　　　月　　　日 | | | |