

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 _____

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			
	氏 名			
	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			