

様式第6号(第7条関係)

子ども医療費受給資格喪失届

年 月 日

砥部町長 様

届出人 氏名 _____

電話 (_____) _____

受給資格者との続柄 _____

次のとおり、子ども医療費受給資格要件を欠いたため届け出します。

該当者		<input type="checkbox"/> 受給資格者(保護者)	<input type="checkbox"/> 子ども
受給資格者 (保護者)	住 所		
	氏 名		生年月日
子 ども	①	氏 名	生年月日
		続 柄	受給者番号
	②	氏 名	生年月日
		続 柄	受給者番号
	③	氏 名	生年月日
		続 柄	受給者番号
受給資格 喪失理由	1	死亡 (年 月 日死亡)	
	2	転出 (年 月 日転出)	
	3	医療保険の資格喪失 (年 月 日喪失)	
	4	生活保護の受給開始 (年 月 日開始)	
	5	その他 ()	
受給資格 喪失年月日	年 月 日		

※「喪失理由」の欄は、該当する番号を○で囲んでください。