

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。