

子ども医療費受給資格喪失届

年 月 日

(あて先)
御宿町長

届出人 住 所 〒 _____

氏 名 _____ (印)

個人番号 _____

TEL _____ () _____

下記のとおり、受給資格を喪失しましたので、子ども医療費助成受給券を添えて届け出ます。

受給資格喪失の事由	1 転出予定 ()
	2 生活保護受給
	3 死亡
	4 その他 ()
受給資格喪失年月日	年 月 日
受給券	受給者番号
	氏 名 個人番号

※処理欄

番号確認 : 番号力・通知力・住民票・他()
身分確認 : (1点)番号力・免・旅券・他()
(2点)通知力・保・他()