

心身障害者・子ども・ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

笠岡市長 殿

		申請年月日	令和 年 月 日	
届出人	フリガナ	(署名欄)		
	氏 名			
	個人番号		本人 · 父 · 母 · 子	
	住 所	続柄 その他 ()		
連絡先	— — —			
受給資格者	フリガナ	1	2	3
	氏 名			
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
	個人番号			
	受給者番号			
	フリガナ	4	5	6
	氏 名			
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
	個人番号			
	受給者番号			
資格喪失理由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出(届出日 . . . 通知日 . . .) <input type="checkbox"/> 被保険者等資格喪失 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 障害の治癒 <input type="checkbox"/> 婚姻等 <input type="checkbox"/> 高等学校在学なし <input type="checkbox"/> その他()			
	喪失年月日	令和 年 月 日		

※受給資格証を添えて提出してください。

受付処理	手渡し ・ (郵送)	台帳整理	<input type="checkbox"/> 証回収
		月 日	<input type="checkbox"/> 証回収 入力