

子ども医療費受給者資格喪失届

年 月 日

尾道市長 様

届出人 住所

氏名
個人番号
TEL

次の理由により、子ども医療費助成制度の受給資格を喪失しましたので届け出ます。

受給者証番号		
受 給 者	氏名	
	個人番号	
	生年月日	
	住所	

資格喪失理由	
理由に○をつけてください。	
1 他市町村へ転出	
2 死亡	
3 被保険者等資格の喪失	
4 その他 ()	
資格喪失日	