

記入例

子ども医療費受給者資格喪失届

〇〇年〇〇月〇〇日

尾道市長 様

届出人 住所 **尾道市〇〇町△△番地**

受給者証に記載されている保護者を記入

氏名 **尾道 太郎**
個人番号 **〇〇〇〇〇〇〇〇**
TEL **〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇**

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

対象児童をすべて記入

受給者証番号	〇〇〇〇〇〇	△△△△△△△	×××××××
受給者	氏名	尾道 一郎	太郎 花子
	個人番号	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇
	生年月日	〇年〇月〇日	〇年〇月〇日 〇年〇月〇日
	住所	尾道市〇〇町△△番地	

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

令和〇〇年〇月〇日

転出予定日など