※ 太枠内を記入してください。

# こ ど も 医 療 費 受 給 者 資 格 喪 失 届

年　　月　　日

海 田 町 長　様

住 所　　海田町

届出者

氏 名

次のとおり資格喪失したので、受給者証を添えて届けます。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 資 格 喪 失 事 由 | 1 転出のため。(転出先　　)<br>2 生活保護を受けた。<br>3 児童福祉法により児童福祉施設に収容された。又は、<br>里親に養育されることになった。<br>4 他公費の対象となった。(ひとり親家庭等医療・重度障害者医療)<br>5 その他 (　　) | | |
| 資 格 喪 失 年 月 日 | 年　　月　　日 | | |
| 受 給 者 証 番 号 | | | |
| こ ど も の 氏 名 | | | |
| こどもの生年月日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |

※ 以下は記入しないでください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 職　員<br>記入欄 | 受 付 年 月 日 | 年　　月　　日 | 処 理 年 月 日 | 年　　月　　日 |
| | 有 効 期 間 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 | | |