

医療費受給資格喪失届

年 月 日

滝川市長 様

住 所

届出人

氏 名

(TEL ー)

次の理由により、医療費の受給資格を喪失したので届け出ます。

記

受給者証の種類	子ども ・ 重 度 (障・障老) ・ ひとり親	
受 給 者 氏 名 (生年月日)	受 給 者 番 号	資格喪失年月日
(年 月 日)		年 月 日
(年 月 日)		年 月 日
(年 月 日)		年 月 日
(年 月 日)		年 月 日
(年 月 日)		年 月 日
(年 月 日)		年 月 日
(年 月 日)		年 月 日
理 由	1 他市（区）町村へ転出する。（転出先： 市・区・町・村） 2 医療保険の被保険者・被扶養者等でなくなった。 3 死亡した。 4 生活保護等を受けることとなった。 5 その他（ ）	
備 考		