

医療費受給資格喪失届

年 月 日

滝川市長 様

届出人の住所・
氏名・電話番号を記入

届出人

住 所 滝川市大町1丁目2番15号

氏 名 医療 太郎

(TEL 23 - 1234)

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。

該当するものを
○で囲む

記

受給者証の種類	子ども <input checked="" type="radio"/> 重 度 (障・障老) <input type="radio"/> ひとり親 <input type="radio"/>	
受 給 者 氏 名 (生年月日)	受 給 者 番 号	資 格 喪 失 年 月 日
医療 一郎 (令和7年 1月 1日)	0123456	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 <input checked="" type="radio"/> 他市(区)町村へ転出する。(転出先: 札幌 <input checked="" type="radio"/> 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		

該当するものを
○で囲む