

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

住所 滝川市大町1丁目2番15号
届出人
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。

記

該当するものを○で
囲む

| | | |
|---------|---|---------|
| 受給者証の種類 | 乳幼児 ・ 老人 ・ 重度(障・障老) ・ ひとり親 | |
| 受給者氏名 | 受給者番号 | 資格喪失年月日 |
| 医療 一郎 | 0123456 | 年 月 日 |
| | | 年 月 日 |
| | | 年 月 日 |
| | | 年 月 日 |
| | | 年 月 日 |
| | | 年 月 日 |
| | | 年 月 日 |
| 理由 | <input checked="" type="radio"/> 1 他市(区)町村へ転出する。(転出先: 札幌市 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 生活保護を受けることとなった。 5 その他 () | |
| 備考 | | |