

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	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
		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 生活保護を受けることとなった。 5 その他 ( )	
備 考		