

子 ども 医 療 費 受 給 資 格 喪 失 届

年 月 日

みやこ町長 殿

届出人 住所

氏名

次のとおり受給資格を喪失したので、医療証を添えて届けます。

受給資格喪失の事由		1 転出予定 2 生活保護受給 3 死亡 4 生計維持する者の所得超過 5 その他 ()
受給資格喪失年月日		年 月 日
医療証	受給者番号	
	氏 名	