

子ども医療費受給資格喪失届

令和 年 月 日

宛先 古賀市長

届出人 住 所 〒

氏 名

電 話

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 () 2. 生活保護受給 3. 死亡 4. その他 ()	
受給資格喪失年月日	令和 年 月 日	
医療証	受給者番号	
	氏 名	

記入見本

※黄色の部分のみご記入ください。

今日の日付を記入してください。

令和××年××月××日

届出人 住 所 〒×××-××××

古賀市駅東1丁目1番1号

保護者の情報を記入してください。

氏 名 古賀 太郎

電 話 ×××-××××-××××

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	該当するものを○で囲んでください。
	1. 転 出 ()
	2. 生 活 保 護 受 給
	3. 死 亡
	4. その他 ()

子ども医療の資格が喪失した日を記入してください。例：転出日5/7＝資格喪失5/7

受給資格喪失年月日		令和××年××月××日
医療証	受給者番号	
	氏 名	古賀 花子

子どもの名前を記入してください。

※喪失届は子ども1人つき、1枚必要です。