別記様式第12号(第10条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 重度心身障害者  ひとり親家庭等 | 医療費受給資格喪失届 |

年　　月　　日

　　厚岸町長　　　　様

届出人　住所

氏名　　　　　　　　　　印

(本人が署名した場合は、押印は不要です。)

個人番号

　　次の理由により、重度心身障害者医療費・ひとり親家庭等医療費の受給資格が喪失しましたので届出します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者 | 公費負担者番号 |  | 受給者  番　号 | 第　　　　　　号 |
| 氏名 |  | | |
| 個人番号 |  | | |
| 理由 | 1　他市町村に転出することになった  (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　へ)  2　国民健康保険の被保険者でなくなった  3　健康保険等の被保険者でなくなった  4　死亡した  5 | | | |