

別記様式第12号(第10条関係)

重度心身障害者
医療費受給資格喪失届
ひとり親家庭等

年 月 日

厚岸町長 様

届出人 住所

氏名 ㊟

(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 (~) 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		