別記様式第9号(第8条関係)

子ども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、子ども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 |  |
| 氏名 |  | | |
| 個人番号 |  | | |
| 理由 | 1　他市町村に転出するため  (　　　．　　　．　　　　　　　　へ)  2　死亡したため  3　健康保険等の被保険者でなくなったため  4　児童福祉施設に入所したため  5　受給資格年齢が経過したため | | | |