

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 ( . . . ) 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			