

乳幼児等医療費受給資格喪失届

年 月 日

湧別町長 様

届出者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

受給者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

下記の理由により乳幼児等医療費受給資格が喪失しましたのでお届けします。

記

届出内容	受給者	氏名					受給者番号		
		個人番号							
		氏名					受給者番号		
		個人番号							
		氏名					受給者番号		
		個人番号							
	住所								
資格喪失の理由	1 他の市町村へ転出 2 被用者保険本人に変更 3 生活保護の受給開始 4 死亡 5 その他 [ ]								
	発生年月日	年 月 日							
※決定欄	上記届出により次のとおり資格喪失の決定をする。					決定年月日	年 月 日		
	資格喪失年月日	年 月 日	台帳整理	未・済	払出簿整理	未・済	受給者証回収	未・済	

(注) 届出者は、※欄は記入しないでください。