

子ども医療費受給資格喪失届

提出される日を記入してください。

平成〇〇年〇月〇日

(あて先) 富士見市長

住所 (転出先) 〇〇市△△1234  
届出人 氏名 富士見 太郎  
電話 012(345)6789

次のとおり受給資格を喪失しましたので、受給資格証を添えて届け出ます。

受給資格者	氏名	富士見 太郎		生年月日	
				昭和 平成	〇〇年〇月〇日
	住所	富士見市 大字鶴馬1800-1		子どもの続柄	父
対象となる子ども	氏名	富士見 あゆみ	生年月日		受給者番号
			平成	〇〇年〇月〇日	1234567
対象となる子ども	氏名	富士見 勝馬	生年月日		受給者番号
			平成	〇〇年〇月〇日	1234568
対象となる子ども	氏名	富士見 瑞穂	生年月日		受給者番号
			平成	〇〇年〇月〇日	1234569
加入保険	記号番号	123	4567	被保険者等の氏名	富士見 太郎 子どもの続柄 (父)
	保険者番号	1234567			
	保険者名	埼玉健康保険組合			
資格喪失事由		〇〇(転出) 死亡 その他 (受給資格者変更, )			
喪失年月日		平成 〇〇 年 〇 月 〇 日			

転出(予定)日を記入してください。