

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。

令和〇〇年〇月〇日

(宛先) 富士見市長

住所 富士見市大字鶴馬1800-1
 届出人 氏名 富士見 太郎
 (受給資格者) 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	
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ	昭和 平成	〇〇年〇月〇日	
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	
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ	平成 令和	〇〇年〇月〇日	1234567
対象となる子ども	氏名		生年月日	受給者番号	
	住所	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ	平成 令和	〇〇年〇月〇日	1234568
対象となる子ども	氏名		生年月日	受給者番号	
	住所	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ	平成 令和	〇〇年〇月〇日	1234569
資格喪失事由	<input checked="" type="checkbox"/> 転出 (転出先: 〇〇市△△1234) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 (受給資格者変更,)				
喪失年月日	転出(予定)日を記入してください。		令和〇〇年〇月〇日		