

子 ども
妊 産 婦 医 療 費 受 給 資 格 喪 失 届
重度心身障害者

| 受給者証番号 | 第 | 号 | 受給者氏名 |
|----------------|--|---|-------|
| 資格を喪失するにいたった理由 | 1 該当要件を満たさなくなった（年齢、障害程度等） 2 他市町村に転出 3 死亡 4 医療保険の被保険者等の資格の喪失 5 その他（理由 ） | | |
| 喪失年月日 | 年 月 日 | | |

上記のとおり、受給資格を喪失したので、受給者証を添えて届出ます。

年 月 日

届出人（受給者等）

住 所

氏 名

雫石町長

様