

## ひとり親家庭医療費受給資格喪失届

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