

別記第11号様式

重度心身障害者
ひとり親家庭等 医療費受給資格喪失届

年 月 日

寿都町長 様

届出人 住所
氏名



下記の理由により、重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費受給資格が喪失しましたのでお届けします。

記

受給者	受給者証 記号番号	第 号
	氏 名	
理 由	1 他の市(町村)に転出することになった。 2 国民健康保険の被保険者でなくなった。 3 健康保険等の被扶養者でなくなった。 4 死亡した。 5	