

子ども医療費受給資格喪失届

令和 年 月 日

寿都郡寿都町長 様

届出人 住所
氏名 印

下記の理由により子ども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 | 番 号 | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | |
| 理 由 | 1. 他の市町村に転出することになった。 (年 月 日) | | | | | |
| | 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. | | | | | | |
| 台帳整理 | | 未・済 | 受給者証 回 収 | 未・済 | 国 保 | 国・組国・政・健・共 |