

重度心身障害者医療費受給資格喪失届

年 月 日

鶴居村長 様

届出者 住 所

氏 名 ㊟

受給者との続柄

下記の理由により重度心身障害者医療費受給資格・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

届 出 内 容	受給者	氏 名		受給者号									
		住 所											
	資格喪失の理由	1 他の市町村へ転出 2 被用者保険本人に変更 3 生活保護の受給開始 4 死亡 5 その他 ( )											
	発 生 年 月 日	平 成	年	月	日								
※決 定 欄	課長		補佐		係長		係		決 定 日	平 成	年	月	日
	上記届け出により次のとおり資格喪失の決定をする。												
	資格喪失年 月 日	平 成	年	月	日	台帳整理	未・済	払出簿整理	未・済	受給者証回収	未・済		

(注) 届出者は※欄は記入しないでください。