

子ども医療費受給資格喪失届

令和 年 月 日

受給者 住所  
 (届出者) 氏名  
 電話番号

次のとおり、医療費助成を受ける資格がなくなりましたので届け出ます。

子ども	ふりがな 氏名	生年月日	受給者番号	喪失年月日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日

喪失理由(当てはまるものを○で囲んでください。)	
受給者関係	子ども関係
(1) 子どもを監護又はその生計の維持をしなくなった。 (2) 医療保険資格・被保険者等資格の喪失 (3) その他(具体的理由)	(1) 18歳に達した日の属する年度が終了した。 (2) 町外に転出 (3) 対象者死亡 (4) 生活保護開始 (5) 医療保険資格喪失 (6) 児童福祉施設等入所(入所先) (7) 母子家庭等医療費等助成対象者になった。 (8) 重度障害者(児)医療費等助成対象者になった。 (9) その他(具体的理由)

備考(転出先等)

---



---