

重度心身障害者医療費受給者資格喪失届

年 月 日

廿日市市長 様

住所
届出者
氏名

次のとおり資格喪失したので、受給者証を添えて届け出ます。

受給者番号			
受給者氏名	生年月日	年 月 日	
資格喪失年月日	年 月 日		
資格喪失理由			
1 転出 ()			
2 生活保護開始			
3 死亡			
4 65歳到達			
5 その他 ()			

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。