

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

届出者の氏名等を記入して
ください。

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 ()			

受給者氏名等
を記入してく
ださい。

該当する理由
に○をしてく
ださい。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。