

子ども医療費受給資格喪失届

令和 年 月 日

西予市長 様

届出人 住所

氏名

電話

次のとおり子ども医療費受給者の資格がなくなりましたので届け出ます。

受給資格者氏名	
---------	--

該当者に○	受給者番号	子ども氏名	生年月日	受給者証の添付
				有・無
				有・無
				有・無
				有・無

理由 (番号に○印と必要事項を記入してください。)	1. 死亡	喪失理由発生年月日
	2. 転出	転出先 (2の場合)
	3. 生活保護適用	事由 (5の場合)
	4. 助成対象者変更	
	5. その他	備考

(注) この届書には、資格を失った子ども医療費受給資格者証を添付してください。

※記入しないで下さい。

資格喪失日	令和 年 月 日
-------	----------