

重度心身障害者
ひとり親家庭等 医療費受給資格喪失届

年 月 日

斜里町長 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		個人号				
		住所		受給者号				
	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	年 月 日						
※ 決 定 欄	部長	課長	係長	係	決定年月日			
	年 月 日							
	上記届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	年 月 日	台帳整理	未・済	支出簿整理	未・済	受給者証回収	未・済

(注) 提出者は※欄は記入しないでください。