

乳幼児 医療費受給資格喪失届

年 月 日

斜里町長 馬場 隆 様

届出者 住所  
氏名  
受給者との続柄

下記の理由により乳幼児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 の 理 由	受給者	氏名		個人番号			
		住所	斜里町	受給者番号			
	資格喪失の理由	1 他の市町村へ転出 2 社会保険各法の被扶養者(国民健康保険法にあっては被保険者)でなくなった。 3 年齢に達した。 4 受給者が死亡した。 5 その他 ( )					
	発生年月日	年 月 日					
※ 決 定 欄	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	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。