

乳幼児 医療費受給資格喪失届

平成 年 月 日

斜里町長 様

届出者 住所 斜里町本町12番地
氏名 斜里 太郎

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

届出者	氏名	斜里 太郎			個番	人号	000000000000	
	住所	斜里町本町12番地			受給者番	者号	000000	
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。