様式第6号(第11条関係)

こども医療費助成金受給資格喪失届

令和　　　年　　　月　　　日

　　　忍　野　村　長　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出人　住所　忍野村　内野・忍草

　　　　 氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | | | | | | | 受給者証小児氏名 | | | | | 生年月日 | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | 平成 ・ 令和  　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 喪失の理由に○を付けてください  　1　他市町村へ転出  　2　死亡   1. 被保険者等資格の喪失 2. 生活保護の受給開始 3. 他制度への移行 4. 有効期限の満了   　７　その他  上記の事由発生年月日（　　年　　月　　日）  受給者証回収年月日（　　年　　月　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 喪失年月日 | | | | | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |