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 |