

子ども医療費受給資格喪失届

年 月 日

中 間 市 長 様

届出人 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり受給資格を喪失した（します）ので、中間市子ども医療費の支給に関する条例施行規則第10条第3項の規定により届け出ます。

受給資格喪失の事由		1 転出	
		2 生活保護受給	
		3 死亡	
		4 重度障害者医療の資格取得	
		5 ひとり親家庭等医療の資格取得	
		6 その他（ ）	
異動年月日	年 月 日	有効期限年月日	年 月 日
NO	受給者番号	氏 名	生 年 月 日
①			年 月 日
②			年 月 日
③			年 月 日
④			年 月 日
⑤			年 月 日

医療証回収日

--