

別記第7号様式（第11条関係）

ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

年 月 日

中間市長 様

届出者 住所.....
 TEL.....
 氏名.....

次のとおり受給資格を喪失したので、医療証を添えて届けます。

受給資格喪失の事由	1. 中間市から転出した。 2. 生活保護を受けることとなった。 3. 母子（父子）家庭でなくなった。 4. 児童福祉施設に収容された。 5. 死亡した 6. 受給資格喪失年齢に達した。 7. その他		
受給資格喪失年月日	年 月 日		
受給者について	受給者氏名	受給者番号	
医療証回収年月日	年 月 日		

処 理	見 出	台 帳		電 算 台 帳
		社	国	