

子ども医療費受給資格喪失届

受給者証番号	第	号
受給者氏名		
子ども氏名		男・女
生年月日	平成・令和	年 月 日
<p>下記の事由により、子ども医療費受給資格を喪失したので受給者証を添えて届出いたします。</p> <p>事由発生年月日 令和 年 月 日</p> <p>喪失事由 ① 転出 ② 死亡 ③ 生活保護受給 ④ その他（ ）</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(あて先) 大崎市長</p> <p>届出者 住所 大崎市</p> <p>氏名</p> <p>(電話)</p>		