

医療費受給資格喪失届

年 月 日

一関市長 様

申請者(受給者または保護者)

〒

住 所 一関市

氏 名 (電話)

個人番号

下記のとおり、受給資格を喪失したので、受給者証を添えて届け出ます。

届け出の種類 ○で囲む	乳幼児・小学生・中学生・高校生等・妊産婦・重度(一般)・重度(後期高齢) ひとり親(父母)・ひとり親(児童)・父母なし児童		
受給者番号	受給者氏名		生年月日
— — —	男・女		年 月 日
	個人番号		
— — —	男・女		年 月 日
	個人番号		
— — —	男・女		年 月 日
	個人番号		
— — —	男・女		年 月 日
	個人番号		
資格喪失の理由	1 該当要件を満たさなくなった (年齢、障害の程度等) 2 他市町村に転出 3 死亡 4 医療保険の被保険者等の資格の喪失 5 その他理由		
資格喪失年月日	年 月 日		

振込み先の口座変更をされる場合は記入してください。

金融機関名	支店名(店番)	口座番号	口座名義人(カタカナ)
	()		

入力	受付支所名(本庁は「本」)	担当
済・未	本・花・大・千・東・室・川・藤	

受給者証…回収・未回収・返信用封筒配布・その他