

# 子ども医療費受給資格喪失届

令和 年 月 日

(宛先)岡 崎 市 長

申請者(受給者)																				
住所.....																				
氏名.....																				
生年月日 昭和・平成 年 月 日																				
連絡先(.....)																				
個人番号 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				

届出者  
受給者と同じ

住所.....

受給者と同じ

氏名.....  
受給者との続柄(.....)

次のとおり子ども医療費受給資格を喪失しました。

受給者番号	受給者氏名	平成 年 月 日
子どもの名	子どもの生年月日	令和 年 月 日
喪失の理由	死亡 転出(転出先.....) その他 (.....)	
資格喪失年月日	平成・令和 年 月 日	

注1 「喪失の理由」欄には、該当する にレ印を記入してください。

- この届書には、子ども医療費受給者証を添付してください。
- 印欄は、記入しないでください。

受付	確認	有効期間修正 受給者証回収 返信用封筒 次回番号持参依頼

番号確認	個人番号カード・個人番号通知カード・住民票・その他(.....)
身元確認	個人番号カード・運転免許証・住民基本台帳カード・パスポート・在留カード・障がい者手帳(顔写真付き)・その他(.....)
	A)健康保険証・介護保険証・年金手帳・医療受給者証・児童扶養手当証書・その他(.....) B)学生証・キャッシュカード・診察券・その他(.....)

顔写真有のものは1点、顔写真無のものは2点(A+A又はA+B)を確認