

子ども医療費受給資格喪失届

平成 年 月 日

(あて先)岡 崎 市 長

(受給者)住所.....

氏名.....印
(電話 局 番)

次のとおり子ども医療費受給資格を喪失しました。

子どもの氏名		子どもの 生年月日	平成 年 月 日
受給者証の 受給者番号			
喪失の理由	死亡 転出(転出先) その他 ()		
資格喪失年月日	平成 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。

2 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。

3 印欄は、記入しないでください。

電 算	受給者証	統計区分	保 険