

子 ども
ひとり親家庭等 医療費受給資格喪失届

小郡市長 殿	年 月 日
	電話番号： _____
	届出人 住 所： _____
	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 の理由	1 小郡市から転出したため (転出先： _____) 2 死亡したため 3 生活保護を受けるため 4 母子家庭(父子家庭)でなくなったため 5 他の公費負担による医療を受けたため 6 所得超過したため 7 その他 (_____)
喪失年月日	年 月 日
受給者番号	
対象者氏名	生年月日

回収	入力	確認	台帳	月報