

重度心身障害者 ひとり親家庭等 医療費受給資格喪失届

年 月 日

七飯町長 様

住 所 七飯町
届出者 氏 名
受給者との続柄

下記の理由により 重度心身障害者 ひとり親家庭等 医療費受給資格が喪失しましたのでお届けします。

記

台帳		電算	
----	--	----	--

届 出 内 容	受給者	氏 名		受給者 番 号						
		住 所	七飯町							
	資格喪失の理由	1 他の市町村へ転出 2 高確法による医療の受給資格の取得 3 高確法による医療の受給資格の喪失 4 児童が18歳・20歳に到達 5 死 亡 6 そ の 他								
	発生年月日	年 月 日	加入医療保険							
※ 決 定 欄	課長		主幹		係長		係		決 定 年 月 日	年 月 日
	上記届け出により次のとおり資格喪失の決定をする。									
	資格喪失年月日		払出簿整理年月日		受給者証回収年月日		台帳整理年月日			
	年 月 日									

(注) 届出者は※欄に記入しないで下さい。