

(第8条第3項関係)

小児医療費受給資格喪失届

令和 年 月 日

総社市長 様

【届出人】住所 総社市

氏名

受給資格者番号	受給資格者小児氏名	生 年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
喪失の理由に○を付けてください		
1	他市町村へ転出	(年 月 日)
2	死亡	(年 月 日)
3	被保険者等資格の喪失	(年 月 日)
4	生活保護適用	(年 月 日)
5	その他	(年 月 日)
喪失年月日	年 月 日	

※ 小児医療費受給資格者証及び被保険者(組合員)証を添えて提出してください。

市町村 処理欄	受給資格者証有効期限	受給資格者証	入 力
	~ 年 月 日	回収 済 ・ 未	