

障害者医療費受給資格喪失届

年 月 日

総社市長 様

申請者 住所

氏名

| 対象者     | 氏 名   | 性別 | 生 年 月 日 |         |       | 受給資格証記号・番号 |
|---------|---|----|---------|---------|-------|------------|
|         |   |    | 男       | 明・大・昭・平 | 年 月 日 |            |
|         | 個人番号 ( )  | 女  |         |         |       |            |
| 資格喪失の理由 | <ol style="list-style-type: none"><li>1. 市外へ転出</li><li>2. 治癒</li><li>3. 死亡</li><li>4. 他の医療給付を受ける</li><li>5. その他</li></ol> |    |         |         |       |            |
|         | 資 格 喪 失 年 月 日   |    | 年 月 日   |         |       |            |

(注) 受給資格証を添えて提出してください。