

課長	課長補佐	係長	係	受付	令和 年 月 日	受付印	
				決定	令和 年 月 日		

医療費受給資格喪失届

令和 年 月 日

海南市長 様

届出者 住所 海南市

氏名

電話番号 (- -)

対象者との続き柄 ()

次のとおり届け出ます。

受給資格証の種類	1. 子ども 2. ひとり親家庭 3. 重度心身障害者(児) 4. 重度心身障害者(後期高齢) 5. 老人					
受給資格証番号						
対象者	フリガナ					
	氏名					
	住所	海南市				
	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	性別
喪失理由	1. 転出 2. 死亡 3. 治癒 4. 他公費受給() 5. その他()					
喪失日	令和 年 月 日					
受給資格証の返還	有・無 (理由)					
備考						