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	男 ・ 女
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		平成 ・ 令和　　年　　月　　日		
受給資格証の返還		有 ・ 無 （理由）		
備　考				