

重度心身障害者  
ひとり親家庭等

医療費受給資格喪失届

令和 年 月 日

恵庭市長様

申請者 住所 恵庭市

氏名

受給者との続柄 本人・その他（ ）

電話番号

下記の理由により、重度心身障害者又はひとり親家庭等医療費に係る受給者の資格を喪失しましたので、届出します。

記

受給者	氏名		受給者番号	
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生		
	住所	恵庭市		
資格喪失の理由	1 . 他の市町村へ転出 2 . 被用者保険本人に変更 3 . 生活保護の受給開始 4 . 死亡 5 . その他			発生年月日 令和 年 月 日

※決定欄	上記の届出により、受給者の資格の喪失を決定をする。				決定年月日	令和 年 月 日
	課長	主査	担当	入力	証回収 <input type="checkbox"/>	

注 ※欄は記入しないでください。