

医療費受給資格喪失届

※太枠内を記入してください。

下記のとおり医療費受給資格を喪失したので届出します。

加古川市長 様 年 月 日

届出人 住所

氏名

電話番号 () -

対象者	① 氏名	生年月日	年 月 日生	受給者番号															法別
				個人番号															
	② 氏名	生年月日	年 月 日生	受給者番号															法別
				個人番号															
③ 氏名	生年月日	年 月 日生	受給者番号																法別
			個人番号																
④ 氏名	生年月日	年 月 日生	受給者番号																法別
			個人番号																

喪失年月日 年 月 日

喪失理由 **※必ず受給者証を返還してください。**

転出（転出後の住所： _____ ）

死亡 保険喪失 生活保護 その他（ _____ ）

本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
受給者証の返還	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 → [<input type="checkbox"/> 返還依頼（封筒交付） <input type="checkbox"/> 終期 / _____ に変更し破棄依頼]
備考	
入力	日付 . . 担当
確認	日付 . . 担当

対象者コード	①	
	②	
	③	
	④	
センター等受付印		担当課受付印