

様式第7号(第9条関係)

|     |       |
|-----|-------|
| 受付  | 年 月 日 |
| 回収日 | 年 月 日 |

| 三郷市子ども医療費受給資格喪失届 |        |       |       |       |
|------------------|--------|-------|-------|-------|
| 受給資格者            | 氏名     |       |       |       |
|                  | 住所     |       |       |       |
| 子ども              | 氏名     | 生年月日  | 年 月 日 |       |
|                  |        | 資格証番号 |       |       |
|                  | 氏名     | 生年月日  | 年 月 日 |       |
|                  |        | 資格証番号 |       |       |
|                  | 氏名     | 生年月日  | 年 月 日 |       |
|                  |        | 資格証番号 |       |       |
| 資格喪失理由           | 1 転出   | 転出先   | 転出日   | 年 月 日 |
|                  | 2 死亡   | 死亡日   | 年 月 日 |       |
|                  | 3 保険喪失 | 喪失日   | 年 月 日 |       |
|                  | 4 その他  |       |       |       |
| 備考               |        |       |       |       |

上記のとおり、資格がなくなりましたので、受給資格証を添えてお届けします。

年 月 日

届出人 住所

氏名

三郷市長 あて