

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