

乳 幼 児  
 妊 産 婦  
 児 童 生 徒  
 重 度 心 身 障 害 者 医 療 費 受 給 資 格 喪 失 届  
 ひ と り 親 家 庭  
 寡 婦

受給者証番号	第 号	受給者氏名	
資格を喪失するにいたった理由	1. 該当要件を満たさなくなった (年齢、障害程度、( )) 2. 他市町村に転出 ( 都・道・府・県 市・町・村) 3. 死亡 4. 医療保険の被保険者等の資格の喪失 5. その他 (理由 )		
喪失年月日	年 月 日		

上記のとおり、受給資格を喪失したので、受給者証を添えて届出ます。

年 月 日

届出人 (受給者等)

住 所

氏 名

電話番号

一戸町長 様