受　給　資　格　喪　失　届

医療の種類	1. こども　2. 重度障害者　3. ひとり親家庭　4. 精神障害者		
受給者	フリガナ		性　別
	氏　名		男・女
	生年月日	年　月　日	
	個人番号		
	住　所	大竹市　TEL　－	
	受給者番号		
資格喪失年月日	年　月　日		
資格喪失事由	1　他市町村に転出した 2　医療保険の資格を喪失した 3　死亡した 4　その他（　）		

上記のとおり、資格喪失したので届け出ます。

年　月　日

大　竹　市　長　様

住　所：

（届出人）

氏　名：

受付：　年　月　日				交付処理
決裁	課　長		係　長	係　員	
	年　月　日				月　日