

様式第7号（第8条関係）

決 裁	課 長				担当者	台帳整理
						月 日

子ども医療費受給資格喪失届

年 月 日

里庄町長 殿

届出人 住 所
氏 名

受給資格者番号							受給資格者氏名	生年月日
								年 月 日
<p>資格喪失の理由に○を付けて下さい。</p> <p>1 他市町村へ転出</p> <p>2 死亡</p> <p>3 被保険者等資格の喪失</p> <p>4 その他</p>								
喪 失 年 月 日							年 月 日	

※子ども医療費受給資格者証及び被保険者(組合員)証を添えて提出して下さい。