

様式第5号(第8条関係)

子ども医療費受給資格喪失届

令和 年 月 日

真庭市長 様

届出人 住所 真庭市

氏名

連絡先 () -

受給資格者番号	受給資格者証 子ども氏名	生年月日
	ふりがな	平成・令和 年 月 日
	氏名	
喪失の理由に○を付けてください		
1 他市町村へ転出		
2 死亡		
3 被保険者等資格の喪失		
4 その他		
.....		
.....		
.....		
喪失年月日	令和 年 月 日	

受給者証の回収 回収済 ・ 未回収(返送封筒渡 有 ・ 無)