

様式第10号(第8条関係)

子 ども 医 療 費 受 給 資 格 喪 失 届

年 月 日

赤磐市長 様

届出人 住 所
氏 名

受給資格者証番号						受給資格者氏名	生年月日		
							年	月	日
資格喪失の理由に○を付けてください。									
1 他市町村へ転出									
2 死亡									
3 被保険者等の資格喪失									
4 その他									
喪失年月日						年 月 日			

※子ども医療費受給資格者証を添えて提出してください。