

乳幼児医療費受給資格喪失届

提出年月日 平成 年 月 日

高原町長 殿

住 所 高原町大字
申請者（受給者） 氏 名
電 話 -

次のとおり乳幼児医療費受給資格の喪失について届け出ます。

対 象 者	受 給 者 番 号								
	フリガナ					生 年 月 日			
	氏 名					平成	年	月	日
資格喪失年月日		平成	年	月	日				
資格を喪失した理由									
1 他の市町村に転出した。									
2 被保険者、組合員、加入者又はその被扶養者でなくなった。									
3 生活保護を受給するようになった。									
4 対象者が死亡した。									
5 6歳到達後最初の3月31日が到来した。									
6 その他 ()									

注) この届には、受給資格証を添付してください。