

# 各医療費受給資格喪失届出書

年 月 日

登別市長 様

住 所 登別市 町 丁目 番地

氏 名

続 柄

電話番号

次の理由により、重度心身障害者・ひとり親家庭等・子ども 医療費受給資格が喪失しましたので届出します。

## 記

受給資格者	受給者番号	個人番号 氏 名	性 別	生年月日
				男・女
			男・女	年 月 日生
			男・女	年 月 日生
			男・女	年 月 日生
医療保険	被 保 険 者		受給資格者との続柄	
	保 険 種 別	協会けんぽ・組合・日雇・船員・共済・国保・高確法	記号番号	
	保 険 者 名			
理 由	1 他の市町村に転出 ( 年 月 日 ～転出)			
	2 他の制度へ移行 ( 年 月 日 ～移行)			
	3 生活保護の受給開始 ( 年 月 日)			
	4 死亡 ( 年 月 日)			
	5 加入医療保険の資格の喪失 ( 年 月 日)			
	6 制度上の年齢上限に到達			
	7 その他 ( )			
資格喪失年月日		年 月 日	受給者証の回収	年 月 日