

様式第7 (第10条関係)

受給者番号			
<p>子ども医療費受給資格喪失届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>新城市長</p> <p style="text-align: center;">住所 届出者 氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>下記の理由により、受給資格を喪失しましたので受給者証を添えて届けます。</p> <p style="text-align: center;">記</p>			
子 ど も	住 所		
	フリガナ		
	氏 名	性 別	男・女
	生 年 月 日	年	月
喪 失 理 由	<p>1 死 亡 (年 月 日)</p> <p>2 転 出 (年 月 日)</p> <p style="text-align: center;">転 出 先 市町村へ</p> <p>3 生活保護開始 (年 月 日)</p> <p>4 年 齡 超 過 (年 月 日)</p> <p>5 他<small>の</small>医療へ移行 (年 月 日)</p> <p>6 そ の 他 (年 月 日)</p>		
※資格喪失年月日	年 月 日		
備 考			

※印の欄は、記入しないでください。