

様式第7（第11条関係）

		受給者番号		
精神障害者医療費受給資格喪失届				
年 月 日				
新城市長				
住所 届出者 氏名 ㊞				
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。				
記				
受給者	住所			
	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
喪失理由	1 死亡	(年 月 日)		
	2 転出	(年 月 日)		
	転出先	市町村へ		
	3 生活保護開始	(年 月 日)		
	4 後期高齢該当	(年 月 日)		
	5 他の医療へ移行	(年 月 日)		
6 その他	(年 月 日)			
※ 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。