

様式第7号(第8条関係)

子育て支援医療費受給資格喪失届

年 月 日

新見市長 様

届出人 住所
氏名

受給者資格者番号							受給資格者氏名	生 年 月 日
								年 月 日
								年 月 日
								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 被保険者等資格の喪失								
4 その他								
喪 失 年 月 日							年 月 日	

※子育て支援医療費受給資格者証を添えて提出してください。