

大垣市母子家庭等医療費受給資格喪失届

本人確認						
個人	運転	旅券	障害	療育	精神	在留
	保険	受給	児扶	特児	年金	

年 月 日

大垣市長様

届出者住所 大垣市

(受給資格者)

氏名

電話

次のとおり、受給資格の喪失について届け出ます。

受給資格者(母等)及び児童	住所	大垣市											
	フリガナ	続柄	性別	生年月日	受給者証番号								
	氏名				個人番号								
	母等	本人	男・女	年月日	3	0	2	-					
	児童		男・女	年月日	3	0	2	-					
3					0	2	-						
児童		男・女	年月日	3	0	2	-						
				3	0	2	-						
加入医療保険	被保険者(世帯主)氏名				受給資格者の続柄								
	住所				保険者番号								
	保険種別	国保・退本・退家・協会・組合・共済・国組・船員			記号番号								
	保険者名				附加給付の有無		有・無						
喪失事由	喪失 <input type="checkbox"/> 他の市町村への転出( ) <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> その他( )												
事由発生日(資格喪失日)	年 月 日												

注：この届の提出時に受給者証を返還してください。

受付	回収	入力