様式第10号（第11条関係）

年　　月　　日

岩泉町長　　　　　　　　　様

届出人（受給者等）

　　　　住所　岩泉町　　　　字　　　　　番地

氏名

（電話番号　　　　　　　　　　）

医療費受給資格喪失届

次のとおり、受給資格を喪失したので、医療費受給者証を添えて届出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業名 | 子ども・妊産婦・重度心身障がい者・ひとり親家庭・寡婦 | | |
| 受給者証番号 | 第　　　　　　　　号 | 受給者氏名 |  |
| 資格を喪失  するに至った  理由 | １　該当要件（年齢、障害程度等）を満たさなくなった。  ２　他市町村に転出  ３　死亡  ４　医療保険の被保険者等の資格の喪失  ５　その他（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 喪失年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | |