

様式第7号(第9条関係)

決 裁	課 長	課長代理	係 長	担 当 者	台帳整理
					月 日

子ども医療費受給資格喪失届

令和 年 月 日

備前市長 殿

届出人 住 所 備前市

氏 名 印
連絡先電話番号 () ー

受給者資格者証番号							受給資格者氏名	生年月日		
								平成		
								令和	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							令和 年 月 日			

※子ども医療費受給資格者証を添えて提出してください。