

様式第7号(第9条第2項関係)

決 裁	課 長	課長代理	係 長	担 当 者	台帳整理
					月 日

乳幼児医療費受給資格喪失届

平成 年 月 日

備前市長 殿

届出人 住 所
氏 名

印

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

乳幼児医療費受給資格者証及び被保険者(組合員)証を添えて提出してください。