

様式第7号（第7条関係）

乳幼児等医療費受給資格喪失届

〇年 〇月 〇日

広野町長 様

届出者 住 所 広野町大字下北迫字苗代替35番地  
氏 名 広野 一郎 ⑩  
(電話番号 000 - 0000 - 0000 )

下記のとおり喪失事由が生じたので、届け出ます。

乳 幼 児 等	氏名	広野 太朗			
	生年月日	H20. 1. 1	受給者番号	〇〇〇〇〇〇	
	資格喪失の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 転 出	〇年 〇月 〇日 ( 転出先自治体名 〇〇〇市 )		
		<input type="checkbox"/> 国保加入	年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 死 亡	年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 生活保護受給 (※)	年 月 日		
<input type="checkbox"/> そ の 他		年 月 日 ( 理由 )			

※生活保護受給による喪失の場合は、生活保護受給証明書を添付してください。