

様式第7号(第8条関係)

小児等医療費受給資格喪失届

年 月 日

吉備中央町長 様

届出人 住 所 岡山県加賀郡吉備中央町

氏 名 ㊟

受給資格者番号							受給資格者証氏名	生年月日
								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							年 月 日	

※ 小児等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。