

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
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。