

記入例

喪失届 … **資格喪失(転出等)がある場合は、すみやかに届出をして下さい。併せて、受給資格者証の返還をお願いします。**

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 **吉備中央町豊野1-2**

氏名 **吉備 太郎**

受給資格者番号							受給資格者証氏名	生年月日
2	0	2	5	0	0	0	吉 備 花 子	平成〇年〇月〇日
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							令和〇年〇月〇日	

※ 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。