

子ども 医療費受給資格者 喪失届

<受給資格が喪失となる方> (お子さん)

氏名		生年月日	個人番号									
1	フリガナ	年 月 日										
			市処理欄	課・初								
2	フリガナ	年 月 日										
			市処理欄	課・初								
3	フリガナ	年 月 日										
			市処理欄	課・初								

住所 (建物名等)	
--------------	--

<受給資格が喪失となる理由>

いずれかに○	1. 死亡 2. 転出 3. 生活保護の受給開始 4. 所得制限 5. 他法の適用() 6. その他()
--------	---

<届出者> (保護者)

北見市長 様 (届出日) 年 月 日	
上記の理由により、子ども医療費受給資格を喪失しましたので届出します。	
フリガナ	生年月日 年 月 日
氏名	署名
	個人番号
	電話番号 - -
住所 (建物名等)	続柄 受給者から見て
	<input type="checkbox"/> 受給資格が喪失となる方と同じ(記入不要)

北見市使用欄

本人確認	備考	第4類		
①番・免・パ・手帳 他() ②証・年金・児童・バス 社員・学生 他() 代理権確認手段 受給者証・保険証 障害者手帳・委任状 他()		課長	係長	係
		発生年月日 (. .)		
		資格喪失年月日 (. .)		
		転出予定日 (. .)		
		受給者証 (回収・期限訂正・無)		

