

ひとり親家庭等 医療費受給資格 喪失届

<受給資格が喪失となる方>

| 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 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | フリガナ | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|----|--------|
| 住所 | (建物名等) |
|----|--------|

<資格喪失の理由>

| | |
|--------|---|
| 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> (受給者本人 または 保護者)

| | | | | | | |
|--|--|-------|------|-----------------|---|---|
| 北見市長 様 | | (届出日) | | 年 | 月 | 日 |
| 上記の理由により、ひとり親家庭等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 | <input type="checkbox"/> 受給資格が喪失となる方と同じ (記入不要) | | 続柄 | 受給資格が喪失となる方から見て | | |
| (建物名等) | | | | | | |

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・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) | | |

