様式第8号(第8条関係)

こども医療費受給資格喪失届

年　　月　　日

　瀬戸内市長　様

届出人　住所

（保護者）氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給資格者番号 | | | | | | | | 受給資格者（こども）氏名 | 生年月日 |
|  |  |  |  |  |  | |  |  | 年　月　日 |
|  |  |  |  |  |  | |  |  | 年　月　日 |
|  |  |  |  |  |  | |  |  | 年　月　日 |
| 資格喪失の理由に○をつけてください。  　　　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 | | | |

※こども医療費受給資格者証を添えて提出してください。