

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。