

様式第15号(第10条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

年 月 日

瀬戸内市長 様

届出人 住 所

氏 名

受給資格者氏名	
受給者番号	
資格喪失理由	<ul style="list-style-type: none">1 他市町村に転出2 ひとり親家庭等でなくなった。3 死亡4 被保険者等資格の喪失5 対象児童が高等学校等に在学しなくなった。6 その他
資格喪失年月日	年 月 日

〈注〉1 この届けは、受給資格者の資格がなくなったときに受給資格証を添えて提出してください。