

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	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。