子ども医療費受給資格喪失届

年　　月　　日

大川市長 様

届出人　　住所

氏名

ＴＥＬ

個人番号

次のとおり受給資格を喪失したので、医療証を添えて届けます。

<table>
<tr><td colspan="2">受給資格喪失の事由</td><td>1　（　　月　　日）　　へ転出予定
2　生活保護受給
3　死亡
4　生計維持する者の所得超過
5　その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">受給資格喪失年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">医療証</td><td>受給者番号</td><td></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td></tr>
</table>