

# 記入例

様式第6号

## 子ども医療費助成受給資格喪失届

届出される方（保護者様）のご住所とお名前、ご連絡先をお願いします。

記入日 → 令和 ●年 4月 1日

お手持ちの受給資格証を確認しながら記入をお願いします。

届出者

住所 宮崎市宮崎駅東1丁目6番2

氏名 宮崎 太郎

電話 090-0000-□□□□

次のとおり、子ども医療費助成受給資格の喪失について届け出ます。

空欄で構いません。

受給者番号	0123456	資格喪失年月日	令和 年 月 日
子ども	フリガナ	ミヤザキ ハナコ	令和 平成 30年 1月 2日
	氏名	宮崎 花子	

資格を失った理由

1 他市区町村に転出した。（転出予定日：令和 ●年 3月 31日）

※新住所地への転入日の前日で資格喪失となります。

2 被保険者又は被保険者の被扶養者でなくなった。

3 生活保護を受給するようになった。

4 ひとり親家庭等医療費助成又は重度心身障害者医療費助成を受給するようになった。

5 その他

(

)

該当する理由に○をつけてください。

1の場合は転出予定日も、

5の場合は( )内の記入もお願いします。

こちらの申請書と併せて

子ども医療費受給資格証 もご提出ください。