

子ども医療費助成受給資格喪失届

令和 年 月 日

宮崎市長殿

住所
届出者
氏名
電話

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。

受給者番号		資格喪失 年月日	令和 年 月 日
子 ど も	フリガナ 氏名	生年月日	令和 平成 年 月 日
資格を失った理由			
1 他の市区町村に転出した。(転出予定日：令和 年 月 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 ()			

注意事項 この届には、受給資格証を添付してください。

窓口職員確認： 「使用期限について」の連絡票お渡し