

鳴沢村子ども医療費助成金受給資格喪失届

H××年××月××日

鳴沢村長 様

書類提出日をご記入ください

既に鳴沢村で発行済みの
ピンク色の子ども医療費助
成金受給者証をご確認のう
え受給資格者番号をご記入
ください。

届出人 住 所 鳴沢村 1 2 3 4 5

氏 名 鳴沢 太郎

受給資格者番号							受給者子ども氏名	生 年 月 日
0	0	0	0	1	2	3	鳴沢 一郎	H××年××月××日
0	0	0	0	4	5	6	鳴沢 二郎	H××年××月××日
								年 月 日
								年 月 日
								年 月 日

喪失の理由に○を付けてください

1 他市町村へ転出 転出先住所 ××市××1 2 3 4
転出先電話番号 0 1 2 3 - 4 5 6 - 7 8 9

2 死亡

3 被保険者等資格の喪失

4 その他 理由 ※他市町村へ転出するため
※他の制度に該当したため(ひとり親・重度心身障害)

ひとり親・重度心身障害に該当する場合にご記入ください。

本村で記入するため記載不要

喪 失 年 月 日	年 月 日
-----------	-------