

重度心身障害者医療費受給資格喪失届

年 月 日

帯広市長 様

届出人 住 所
氏 名

(電話 -)

下記の理由により、重度心身障害者受給資格が喪失しましたのでお届けします。

記

受給者	受給者証 番 号	第 号
	氏 名	
理 由	1 他の市（町村）に転出することになった。 （ 年 月 日転出、住所 ） 2 国民健康保険の被扶養者でなくなった。 3 健康保険等の被扶養者でなくなった。 4 死亡した。（ 年 月 日死亡） 5 障→障老へ（ 年 月 日 ～ ） 6 後期高齢者医療制度に加入しないため 7 その他 （ ）	

※上記のとおり受給資格喪失届の提出がありましたので、供覧します。

課 長	課長補佐	係 長	主 任	係	供覧年月日	年 月 日
					報告者職氏名	