

係	係長	課長

子ども医療費受給者資格喪失届

令和 年 月 日

津山市長 殿

届出人 住所

氏名

電話 () -

携帯電話 () -

受給者番号	受給者氏名	生年月日
		年 月 日

資格喪失理由に○をつけてください。

- 1 他市町村に転出
- 2 死亡
- 3 被保険者等資格の喪失
- 4 その他

喪失年月日	令和 年 月 日
-------	----------

※子ども医療費受給資格者証及び被保険者（組合員）証を添えて提出してください。