

係	係長	課長

記入例： 内を記入してもらう

子ども医療費受給者資格喪失届

令和 4年 4月 1日

↑申請に来庁された日

津山市長 殿

届出人 住所

津山市山北520

氏名

津山 太郎

電話

(0868) 23-2111

あるものを記入→

携帯電話

() -

↓お子さんの情報(複数人おられるときは下記のように記入可)

受給者番号	受給者氏名	生年	月	日
0000001	津山 一郎	平成26年	4月	1日
0000002	津山 花子	平成28年	4月	1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 ←他公費廃止・他公費廃止等はここ

↓転出予定日、他公費開始日、他公費廃止日等

喪失年月日

令和 4年 4月 1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。