

年 月 日

原村長 様

届出人住所

氏名

電話（ ）

原村子ども医療費特別給付金受給資格喪失届

次のとおり、受給資格を喪失したので、届け出ます。

受 給 者	氏 名	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日
資格を喪失する に至った理由	1. 該当要件を満たさなくなった（年齢等） 2. 他市町村に転出 3. 死亡 4. 医療保険の被保険者等の資格の喪失 5. その他 []	
喪 失 年 月 日	年 月 日	
振込先金融機関 〔 受給者が死亡 した場合のみ 〕	金 融 機 関 名	
	支 所 ・ 支 店 名	
	フリガナ 口 座 名 義 人	
	口 座 番 号	