子ども医療費受給者資格 喪失届

令和　　年　　月　　日受付

守口市長あて

申請者 住所

氏名

電話

守口市子ども医療費の助成に関する条例施行規則第９条第２項の規定により、下記の通り届け出ます。

子ども	受給者番号							
	氏　　名							
	生年月日	平成・令和　　年　　月　　日						
子ども	受給者番号							
	氏　　名							
	生年月日	平成・令和　　年　　月　　日						

資格喪失理由	理由に〇をつけてください。 １　他市区町村へ転出　　２　死亡 ３　被保険者等資格喪失　４　その他 （　　）
資格喪失日	年　　月　　日

備考 ※３人目以降のお子様のご記入等にお使いください。	

(注)医療証を添えて届出ください。

受付	発行・メモ入力	郵送・窓口