

ひとり親家庭医療費受給者資格 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

守口市ひとり親家庭医療費の助成に関する条例施行規則第17条
第2項の規定により、下記の通り届け出ます。

受給者	受給者番号							
	氏名							
	生年月日	昭和・平成	年	月	日			

資格喪失理由	理由に○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	
----	--

(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