

# 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○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