

# 子ども医療費受給資格喪失届

令和 年 月 日

(宛先)岡 崎 市 長

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申請者(受給者)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所.....  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名.....  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 昭和・平成 年 月 日   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 連絡先(.....)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

届出者  
受給者と同じ

住所.....

受給者と同じ

氏名.....  
受給者との続柄(.....)

次のとおり子ども医療費受給資格を喪失しました。

| 受給者番号   | 受給者氏名                                | 平成 年 月 日 |
|---------|--------------------------------------|----------|
| 子どもの名   | 子どもの生年月日                             | 令和 年 月 日 |
| 喪失の理由   | 死亡<br>転出(転出先.....)<br>その他<br>(.....) |          |
| 資格喪失年月日 | 平成・令和 年 月 日                          |          |

- 注1 「喪失の理由」欄には、該当する にレ印を記入してください。
- 2 この届書には、子ども医療費受給者証を添付してください。
- 3 印欄は、記入しないでください。

|    |    |                                       |
|----|----|---------------------------------------|
| 受付 | 確認 | 有効期間修正<br>受給者証回収<br>返信用封筒<br>次回番号持参依頼 |
|    |    |                                       |

|      |  |
|------|--|
| 番号確認 | 個人番号カード・個人番号通知カード・住民票・その他(.....)   |
| 身元確認 | 個人番号カード・運転免許証・住民基本台帳カード・パスポート・在留カード・障がい者手帳(顔写真付き)・その他(.....)                   |
|      | A)健康保険証・介護保険証・年金手帳・医療受給者証・児童扶養手当証書・その他(.....)<br>B)学生証・キャッシュカード・診察券・その他(.....) |

顔写真有のものは1点、顔写真無のものは2点(A+A又はA+B)を確認