

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	

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	
子 ども の 氏 名		子 ども の 生 年 月 日	平成 年 月 日 令和
喪 失 の 理 由	☐ 死 亡 ☐ 転 出 (転出先) ☐ そ の 他 ()		
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 ☐ 受給者証回収 ☐ 返信用封筒 ☐ 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 () 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