

**記入例**

**重度心身障害児者医療費受給資格喪失届**

受給者の事柄について記入して下さい。

該当する事由に○をつけて下さい。

受給者	区分		喪失事由
	受給者番号		
	氏名	男	
	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日生	
	住所	御坊市菌350番地	
加入医療保険	被保険者氏名	御坊一郎	① 死亡 2 他市町村への転出 3 医療保険加入者資格の喪失 4 所得限度額の超過 5 その他 ( )  ・ 受給者証の返還 有・無 ・ 受給者証返還年月日 ( . . )
	受給者との続柄	父	
	保険種別	国保・国退・協・組・船・共・後期・( )	
	記号番号	××-△△△△	
	被保険者証発行機関名	(保険者番号) 〇〇〇〇健康保険組合	
	所在地		
事由発生日		〇〇年 〇〇月 〇〇日	

事由の発生した日を記入して下さい。

上記のとおりお届けします。

〇〇年 〇〇月 日

受給者(死亡の場合は届出人)の住所・氏名・日中連絡の取れる電話番号を記入し、押印してください。

住所 御坊市

届出人 氏名

印

電話番号 ( ) -

御坊市長 様

## 重度心身障害児者医療費受給資格喪失届

受給者	区 分		喪 失 事 由
	受 給 者 番 号		1 死亡 2 他市町村への転出 3 医療保険加入者資格の喪失 4 所得限度額の超過 5 その他 (                    )  ・ 受給者証の返還 有 ・ 無 ・ 受給者証返還年月日 (        .        .        )
	氏 名	男女	
	生 年 月 日	年        月        日 生	
	住 所	御坊市	
被 保 険 者 氏 名			
加入医療保険	受 給 者 と の 続 柄		
	保 険 種 別	国保・国退・協・組・船・共・後期・(        )	
	記 号 番 号		
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名	(保険者番号)	
	所 在 地		
事 由 発 生 日		年        月        日	

上記のとおりお届けします。

年        月        日

住 所        御坊市

届出人 氏 名

(印)

電 話 番 号        (        )        -

御坊市長    様