

様式第7号(第10条関係)

決 裁	担 当	課 長

受付年月日 年 月 日

こども医療費受給資格喪失届 令和 年 月 日 東松山市長 宛て 届出人 住 所 東松山市 氏 名 電話(自宅 - -) (携帯 - -) 父・母 下記のとおりこども医療費受給資格を喪失したので届けます。				
受 給 資 格 者	氏 名			
	住 所	東松山市		
対 象 児	受給資格証番号			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
喪失事由発生年月日		令和 年 月 日		
事 由 該当するものを ○で囲んで下さい		ア 受給者が死亡した イ 受給者が対象児を現に養育しなくなった ウ 対象児について、次の事由が生じた (ア) 転出した (イ) 死亡した (ウ) 満18歳に達する日以後の最初の4月1日に達した (エ) 医療保険の被保険者又は被扶養者でなくなった (オ) 生活保護を受けるようになった (カ) 国又は地方公共団体において医療費を負担する児童福祉施設等 に入所した エ その他		

受給者証 回収済 ・ 後日郵送

受付