

様式第5号(第8条関係)

子ども医療費受給資格喪失届 年 月 日			
宇土市長 様		届出人 住所 氏名	
受給者番号		対象児氏名	
		生年月日	年 月 日
資格喪失理由	1 他市町村に転出 2 死亡 3 被保険者でなくなった 4 その他()		
資格喪失年月日	年 月 日		
市処理欄	受給者証		電算処理
	回収・未回収		処理・未処理