

様式第10号（第11条関係）

年 月 日

岩泉町長 様

届出人（受給者等）

住 所 岩泉町 字 番地

氏 名

（電話番号 ）

医療費受給資格喪失届

次のとおり、受給資格を喪失したので、医療費受給者証を添えて届出ます。

事 業 名	子ども・妊産婦・重度心身障がい者・ひとり親家庭・寡婦		
受給者証番号	第 号	受給者氏名	
資 格 を 喪 失 す る に 至 っ た 理 由	1 該当要件（年齢、障害程度等）を満たさなくなった。 2 他市町村に転出 3 死亡 4 医療保険の被保険者等の資格の喪失 5 その他（理由 ）		
喪 失 年 月 日	年 月 日		