

## 福祉医療費受給資格喪失届出書

令和 年 月 日

山 口 市 長 様

個人番号 \_\_\_\_\_

届出者氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

受 給 者	記号・番号	ふりがな 氏名	生年月日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
住 所		山口市	
喪失年月日		年 月 日	
喪失事由		1. 転 出 (転出先 ) 2. 死 亡 ( 年 月 日死亡) 3. 施設入所 (施設名 ) 4. 生活保護開始 5. そ の 他 ( )	
※事務処理欄			
証回収年月日		年 月 日	
証未回収の場合		<input type="checkbox"/> 無効印( 年 月 日まで有効) <input type="checkbox"/> 返信用封筒	
備 考			

転出者  
(県内) リーフ、証コピー  
(県外) リーフ

(注)この届書には、受給者証を添付してください。