

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。