

## 福祉医療費受給資格喪失届出書

記入例

提出日を記入

令和3年2月1日

山口市長様

届出をする方の氏名  
を記入

個人番号 123456789012

届出者氏名 山口 太郎

電話番号 083-934-2803

受給者	記号・番号	ふりがな 氏名	生年月日
	48-12345	やまぐち じろう 山口 二郎	平成24年2月1日
			年 月 日
	受給者の「福祉医療費受給者証」 「記号」、「番号」欄の数字を続けて記入		年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
	住所	山口市 亀山町2-1	
	喪失年月日	令和3年2月1日	
	喪失事由	1. 転出 (転出先 東京都新宿区西新宿2-8-1 ) 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。