

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
給 者			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。