

# 《記入例》

様式第7号(第10条関係)

決 裁	担 当	課 長

転出等により、受給資格が喪失する場合は、本届出用紙に「こども医療費受給資格証」を添付してください。

受付年月日 年 月 日

提出日を記入してください。

こども医療費受給資格喪失届  
令和 4年 10月 4日

東松山市長 宛て

届出人 住 所 東松山市 松葉町1-1-58  
氏 名 松山 太郎  
電話(自宅 0493-23-2221)  
(携帯 - - ) 父・母

下記のとおりこども医療費受給資格を喪失したので届けます。

受給資格者	氏 名	松山 太郎
	住 所	東松山市 松葉町1-1-58

受給資格証に記載されている受給資格証番号を記入してください。

対象児	受給資格証番号	1234567	
	氏 名	松山 花子	
	生年月日	平成27年5月23日	年 月 日

転出の場合は、転出日が喪失年月日となります。

喪失事由発生年月日	令和 4年 10月 1日
-----------	--------------

事 由	<p>ア 受給者が死亡した</p> <p>イ 受給者が対象児を現に養育し</p> <p>ウ 対象児について、次の事由が</p> <p>(ア) 転出した</p> <p>(イ) 死亡した</p> <p>(ウ) 満18歳に達する日以後の最初の4月1日に達した</p> <p>(エ) 医療保険の被保険者又は被扶養者でなくなった</p> <p>(オ) 生活保護を受けるようになった</p> <p>(カ) 国又は地方公共団体において医療費を負担する児童福祉施設等に入所した</p> <p>エ その他</p>
-----	---

該当する事由に○印を付けてください。

該当するものを○で囲んで下さい

受給者証 回収済 ・ 後日郵送

受付