別記第１３号様式

重度心身障害者・ひとり親家庭　医療費受給資格喪失届

　　年　　月　　日

苫　　前　　町　　長　　様

　　　　　　　　　　　　　届出人　住所　苫前町字

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印

下記の理由により、重度心身障害者、ひとり親家庭等受給資格が喪失しましたのでお届けします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受給者 | 受給者証記号番号 | 　　　　　　　　　第　　　　　号 |
| 氏　　　名 |  |
| 1. 他の市（町村）に転出することとなった
2. 国民健康保険の被保険者でなくなった
3. 健康保険等の被扶養者でなくなった
4. 死亡した

５．　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |