様式第7号(第5条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

年　　　月　　　日

　　　椎葉村長　　　　　　　　　様

届出人(世帯主等)

住所

氏名　　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 受給資格証番号 |  |
| 資格喪失理由 | 1　他市町村に転出  　2　ひとり親家庭等でなくなった  　3　死亡  　4　被保険者でなくなった  　5　その他(　　　　　　　　　　　　　　) |
| 資格喪失年月日 | 年　　　　　月　　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| (注) | この届は、受給資格者のすべてのものの資格がなくなったときに受給資格証を添えて提出してください。 |