

様式第7号(第8条関係)

こども医療費受給資格喪失届

年 月 日

早島町長 様

届出人 住 所
(保護者) 氏 名

受 給 者 番 号	こ ども 氏 名	生 年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
資格喪失の理由に○をつけてください。 1 他市町村へ転出 2 死亡 3 被保険者等資格の喪失 4 その他 ()		
喪 失 年 月 日	年 月 日	

※こども医療費受給資格者証を添えて提出してください。