

資格喪失届

課長	係長	担当

年 月 日

秋田県横手市長 様

届出人 住所

氏名

TEL

下記の理由により、 医療助成制度の受給資格を喪失しましたので届け出ます。

記

受給者証番号		
受給者	氏名	
	生年月日	
	住所	

資格喪失理由	
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	
資格喪失日	