

入力	確認

福祉医療費受給資格喪失届
【乳幼児医療】

岩 国 市 長 殿

年 月 日

住所 岩国市 町 丁目 番 号

申請者
氏名

受給者証	記号番号	受給者氏名	生年月日

喪失年月日及び理由	発生年月日	年 月 日
	理 由	1. 転 出 (転出先) 2. 死 亡 3. 有効期間満了 4. そ の 他 〔 〕 その他の場合は理由を具体的に記入してください。

備考	☐ 受給者証 回収済 ☐ 受給者証 未回収 ☐ 受給者証 不明
----	--

〔注意〕 この届書には、受給者証を付けてください。