様式第５号（第８条関係）

子ども医療費受給者資格喪失届

年　　月　　日

尾道市長　様

届出人　　住所

氏名　　印

個人番号

TEL

次の理由により、子ども医療費助成制度の受給資格を喪失しましたので届け出ます。

受給者証番号		
受給者	氏名	
	個人番号	
	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	

※記名押印に代えて、署名することができます。