別記第11号様式（第10条関係）

重度心身障害者
ひとり親家庭等

医療費受給資格喪失届

年　　月　　日

幌延町長　様

届出者　住　所　天塩郡幌延町
氏　名
受給者との続柄

下記の理由により重度心身障害者医療費受給資格・ひとり親家庭等医療費受給資格が喪失しましたので届け出ます。

記

届出内容	受給者	氏　　名		受給者番号	
		住　　所			
		個人番号			
	資格喪失の理由	1　転出 2　被用者保険本人に変更 3　生活保護の受給開始 4　死亡 5　その他　（　　）			

※決定欄	課長		主幹		係長		担当		決定年月日	年　月　日
	上記届出により次のとおり資格喪失の決定をする。									
	資格喪失年月日	年　月　日	台帳整理	未・済	払出簿整理	未・済	受給者証回収	未・済		

（注）※欄は、記入しないでください。