乳幼児・子ども・高校生等医療費助成受給資格喪失届

子ども氏名	生年月日	受給者番号
フリガナ アラカワ タロウ 荒川太郎	××年×月×日	2123456
フリガナ アラカワ ハナコ 荒川花子	××年×月×日	2987654
フリガナ	年 月 日	
喪失理由	1 転出	転出先住所 ○○県○○市 ○○丁目 ○番 ○号
		電話番号 090 (1234) 5678
	2 生活保護受給	
	3 死亡	
4 その他		
喪失年月日	××年×月×日	
上記のとおり、受給資格が消滅しましたので届出します。		
荒川区長殿		
××年×月×日		
住所 荒川区 荒川2丁目 2番 3-201号		
電話番号 090 (1234) 5678		
保護者等氏名 荒川一郎		

* 事務処理欄

日付訂正	有・無	証回収	有・無	備考	
------	-----	-----	-----	----	--