

様式第 6 (第 13 条関係)

後期高齢者福祉医療費受給資格喪失届

年 月 日

(宛先) 小牧市長

届出者 住 所

(受給者) 氏 名

電話番号 - -

次のとおり受給資格を喪失しました。

受 給 者	受給者番号						
	住 所						
	氏 名						
	生 年 月 日	年 月 日			性 別	男 ・ 女	
喪 失 理 由	死 亡	年 月 日					
	転 出	転 出 先	年 月 日				
	そ の 他	事 由	年 月 日				
資 格 喪 失 年 月 日	年 月 日						

備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A 4 とする。