第7号様式(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

清須市長　様

住　所
届出者
氏　名　　㊞

次のとおり受給資格を喪失しました。

受給者番号				
受給者氏名		男・女	生年月日	年　　月　　日
個人番号				
喪失理由	1　死亡(　　年　　月　　日) 2　転出(転出先　　) 転出年月日(　　年　　月　　日) 3　その他 (　　)			
※資格喪失年月日	年　　月　　日			

備考　1　受給者証を添付してください。
　　2　※印の欄は、記入しないでください。