

受給者証回収 未・済	年 月 日
------------	-------

医療費受給資格消滅届

受給者 番号	移 ・ 障 ・ 乳 ・ こ ・ 母 ・ 高		
(フリガナ) 受給者氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日 西暦
資格消滅日	年 月 日		
資格消滅 の理由	1 死亡 2 転出 (転出先の住所) 3 生活保護を受給 4 その他 ()		

上記のとおり医療費受給資格を消滅しましたので、届け出ます。

(宛先) 姫路市長 年 月 日

(届出人) 住所 姫路市

氏名

電話番号 — —