

こども医療費受給者資格喪失届

年 月 日

府 中 市 長 様

住 所 府中市
(居住地)
氏 名
個人番号
電話番号

次のとおり届け出ます。

受 給 者 番 号	子 ど も の 氏 名 (個 人 番 号)	性別	生 年 月 日
	()		年 月 日
	()		年 月 日
	()		年 月 日
子どもの住所 (居住地)	府中市		
転 出 先			
事 由	☐ 転出 ☐ 死亡 ☐ 他制度受給 () ☐ その他 ()	事由発生年月日 (. .)	
※ 以下は記入しないでください □入力日 (. .) □送付日 (. .)			