

様式第 8 号(第 9 条関係)

父子家庭医療費受給資格喪失届	
年 月 日	
綾町長 様	
届出人 住 所 綾町大字	
氏 名 印	
受給資格者証番号	
資格喪失理由	1 他市町村に転出 2 父子家庭でなくなった 3 死亡 4 被保険者でなくなった 5 その他()
資格喪失年月日	年 月 日

(注) この届は、受給資格者のすべての者の資格がなくなったときに受給資格者証を添えて提出してください。